

P.Tóth Tamás

HIV-vel élők én-elbeszélései



mtatk

„Azt a bajod, Henry, hogy belekapaszkodsz szavakba, címkékbe, amikből azt hiszed, hogy azt jelentik, amit jelenteni látszanak. AIDS. Homoszexuális. Buzi.

Leszbikus. Azt hiszed, ezek olyan megnevezések, amelyekből az derül ki, hogy valaki kivel szokott lefeküdni, pedig ezekből nem az derül ki.”

Tony Kushner: *Angyalok Amerikában*

Fordította: Upor László

P.Tóth Tamás

HIV-vel élők én-elbeszélései

P.Tóth Tamás

HIV-vel élők én-elbeszélései

MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont (Szociológiai Intézet), 2016

A kötet a Nemzeti Kulturális Alapprogram támogatásával jelent meg.



Nemzeti Kulturális Alap

©P.Tóth Tamás, 2016

Kiadja: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont (Szociológiai Intézet)

Felelős kiadó: az MTA TK főigazgatója



Tördelés: Vizi István

Borító: Kovács Mariann

Nyomás és kötés: OOK-Press, Veszprém

ISBN: 978-963-8302-49-6

*„Az a te bajod, Henry, hogy belekapaszkodsz szavakba, címkébe,
amikből azt hiszed, hogy azt jelentik, amit jelenteni látszanak.*

AIDS. Homoszexuális. Buzi. Lesbikus.

*Azt hiszed, ezek olyan megnevezések, amelyekből az derül ki,
hogy valaki kivel szokott lefeküdni, pedig ezekből nem az derül ki.”*

(Tony Kushner: *Angyalok Amerikában*. Fordította: Upor László)

Köszönetnyilvánítás

Számos embernek tartozom köszönettel, akik hozzájárultak abhoz, hogy ez a kötet elkészülhessen.

Első helyen hadd mondjak köszönetet anonim interjúalanyaimnak, akik vállalták a kutatásban való részvételt, s engedték bepillantást nyerni életük egy részébe. Bízom abban, hogy rászolgáltam bizalmukra, s hogy munkámat ők is hasznosnak ítélik.

Külön köszönet illeti azokat a kollégákat, akik engedélyezték számomra, hogy egy nemzetközi kutatás keretében gyűjtött adatokat használhassak fel elemzésemben: a nemzetközi kutatás amerikai vezetőit, Jeffrey A. Kellyt és Yuri A. Amirkhaniant, valamint a Medical College of Wisconsin CAIR (Center for AIDS Intervention Research) intézetének számos munkatársát.

Takács Juditnak nem csak mint témavezetőmnek tartozom köszönettel, hanem mint magyarországi kutatásvezetőnek is, aki sokban járult hozzá szakmai tanácsaival, baráti támogatásával abhoz, hogy ez a könyv megszülethessen, valamint segítségemre volt a mélyinterjúk felvételében is.

Köszönettel tartozom Mocsonaki Lászlónak, aki szintén segítségemre volt a mélyinterjúk felvételében és sokat tanulhattam tőle, ami nagyban segítette szemléletem formálódását. Köszönettel tartozom a Háttér Társaság a Melegekért egyesület tagjainak, különösen azoknak, akik a nemzetközi kutatás magyarországi kivitelezésében is részt vettek.

Köszönetet kívánok mondani kollégáimnak az MTA Társadalomtudományi Kutatóintézetének Szociológiai Intézetében, akik folyamatosan támogatásukról biztosítottak és segítségemre voltak. Szakmai tanácsaiért külön köszönet illeti Dupcsik Csaba, Kovách Imre és Neményi Mária kollégáimat, valamint Hammer Ferenc társ-témavezetőmet. A Szociológiai Intézetben nyújtott segítségükért és támogatásukért köszönettel tartozom Kovács Mariann és Dobos Márta kollégáimnak, valamint Kovách Imre és Jankó Béla korábbi igazgatóknak.

Köszönettel tartozom György Péter doktori program vezetőnek, és az ELTE Film-, Média- és Kultúraelméleti Doktori Program tanárainak, hogy lehetővé tették számomra a doktori program befejezését, és szakmai tanácsaikkal is segítettek.

Köszönetet mondok PhD értekezésem bírálóinak, Tóth Lászlónak és Mészáros Györgynek, akik kritikai észrevételeikkel segítettek elő, hogy a dolgozatból megszülessen e kötet.

Hálával tartozom élettársamnak, Paksi Endrének, valamint családtagaimnak és barátaimnak, hogy mind az értekezés, mind a könyv elkészítése közben (is) támogattak és elviseltek.

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK	10
BEVEZETÉS	13
A KUTATÁS MÓDSZEREI.....	17
A NEMZETKÖZI KUTATÁSI HÁTTÉR BEMUTATÁSA	17
A KUTATÁSI MINTA ÉS MÓDSZEREK.....	21
AZ ÉN-ELBESZÉLÉSEK TÁRSADALOMTUDOMÁNYI MEGKÖZELÍTÉSÉBEN	25
MEDIKALIZÁCIÓ ÉS EPIDEMIOLÓGIAI HÁTTÉR	35
NARRATÍVA, KONSTRUKCIÓ, IDENTITÁS – ELMÉLETI KERETEK	41
AZ ÉN-ELBESZÉLÉSEK NARRATÍV RÉTEGEI.....	50
A MÉLYINTERJÚK ELEMZÉSE A STRUKTURÁLIS KÓDOLÁS MENTÉN	54
KAPCSOLATI JELLEMZŐK: CSALÁD, VÁLASZTOTT CSALÁD	54
KAPCSOLATI JELLEMZŐK: BARÁTOK, BARÁTI KÖR.....	63
HIV-POZITÍV STÁTUSZ ÉS SZEXUÁLIS PARTNEREK	66
ÓVSZERHASZNÁLAT ÉS BIZTONSÁGOS(ABB) SZEX ÉRTELMEZÉSEK	71
KOCKÁZATOS SZEXUÁLIS MAGATARTÁSFORMÁK	79
HIV-FERTŐZÉS, REFLEXIÓK ÉS PERCEPCIÓK	88
DISZKRIMINÁCIÓS TAPASZTALATOK, INTEGRÁCIÓS ESÉLYEK	99
HIV-VEL ÉLŐK ÖNMEGHATÁROZÁSI ÉS KONFLIKTUSKEZELÉSI STRATÉGIÁI	106
KIREKESZTETTEN	106
A HIV-STIGMA.....	112
ÖSSZEGZÉS	129
AZ ELEMZÉS KORLATAI.....	129
EREDMÉNYEK	130
JÖVŐBENI KUTATÁSI IRÁNYOK	136
MAIN FINDINGS.....	138
INTRODUCTION.....	138
METHODS	138
MAIN RESULTS	139
HIVATKOZÁSOK.....	146
FÜGGELÉK.....	152

BEVEZETÉS

Kereken tíz éve – 2006 óta – veszek részt HIV/AIDS prevenciós kutatásokban mind nemzetközi, mind hazai kutatócsoportokban. Ez a kötet PhD értekezésem¹ átalakított szövege a doktori eljárás bírálatainak és kollegáim kritikai megjegyzéseinek hatására és biztatására.

A kötet fő témája a HIV-vel élő emberek én-(re)konstrukció folyamata, illetve a HIV-pozitivitás magyarországi szociális reprezentációjában is tükröződő stigmatizáció szerepe az általam vizsgált HIV-vel élő emberek én-elbeszéléseinek (re)konstrukciójában. Arra törekszem, hogy huszonnyolc magyarországi melegidentitású HIV-vel élő férfival készült mélyinterjú szövegszerű elemzésének segítségével olyan mintázatokot tárjak fel, melyek hozzájárulhatnak hatékony(abb) HIV/AIDS prevenciós stratégiák kidolgozásához. A vizsgált HIV-vel élő emberek én-elbeszéléseinek elemzése és értelmezése számos tudományterület eredményeinek felhasználását igényli, s az egyes tudományterületeken belül is több értelmezési keret figyelembevételével, ezek szempontjainak felhasználásával – vagy éppen kritikai elutasításával – lehetséges.

Feltételezésem szerint, a HIV-vel élő emberek, bár nem alkotnak egységes társadalmi kisebbségi csoportot, olyan *identitáskonstrukcióval* rendelkeznek, ami alapján mint *társadalmi csoport* értelmezhetőek. Identitásuk alkotóelemei között felfedezhetőek azok az egységesen megjelenő szegmensek, amiket én-elbeszéléseik elemzésekor tárhatunk fel. Ezek között vannak olyan elemek is, melyek első ránézésre is feltűnhetnek, ezek főként egy-egy szimbólum, metafora vagy történettöredék, anekdota formájában jelennek meg az én-elbeszélésekben, s vannak rejtettebb elemek is, melyek csak a szövegek grammatikai, szemantikai, narratív elemzése során bukkannak elő, s a narratív rétegek elkülönítése teszi lehetővé azt, hogy felfigyeljünk rájuk.

E közös identitásképző elemek megjelenésének számos oka van. A HIV-pozitív *állapotot* betegségként értelmezi a társadalmi diskurzus, így a beteg és az egészséges ember közötti távolságtartás, különbségtétel a HIV-vel élő embereket besorolja a betegek csoportjába, azon belül is a fertőző betegek közé. Mivel hazánkban – ugyanígy Európában és Észak-Amerikában – a HIV terjedésének legfőbb módja a szexuális úton történő megfertőződés, ezért a szexuális úton terjedő betegségek között jelenik meg, így stigmatizált illetve *stigmatizáló* „betegséggé” vált. Szükségnek tartom megjegyezni,

¹ HIV-pozitív én-elbeszélések – (Metadiegetikus és extradiegetikus narratívák szerepe az identifikációban – (szub)kultúra létrejötte az elbeszélésben/elbeszéltségben), ELTE-BTK, Filozófiatudományi Doktori Iskola, Film-, Média- és Kultúraelméleti Doktori Program, védés éve: 2014.

miért is használtam a legutóbbi mondatban idézőjelet a betegség szó említésekor: különbséget kell tennünk a HIV-pozitív státuszú tünetmentes állapot és az AIDS stádiumú, tünetekkel bíró állapot között. Ez utóbbi az, amikor a fertőzött ember tapasztalható és látható tünetekkel bír, míg a HIV-pozitív státuszú állapot ténye önmagában nem okoz semmiféle betegségre utaló jelet. Ugyanakkor, stigmatizáltsága okán önmagában a HIV-pozitív státuszú állapot részévé teszi a fertőzött embert a róla kialakult betegségdiskurzusnak, habár nem mutatja betegség tüneteit, mi több a korszerű kezelésnek köszönhetően nem is fertőz. A stigma tovább erősíti, hogy a fertőzés szexuális úton való terjedése mellett, a „homoszexuálisok betegségeként” él a köztudatban. Így a nem heteroszexuális orientációt terhelő stigma *ráértékgődik* a szexuális úton terjedő betegség stigmájára. Mindemellett további stigmarétegeként felfedhető, ami a promiskuitáshoz kötődik, bár ez nehezen szétszálazható a szexuális úton terjedő betegség stigmájához képest. Mindezekről részletesen írok a kötet elemző részében, a bevezetésben csak arra kívánom felhívni a figyelmet, hogy a stigmarétegek is okai annak, hogy az én-elbeszélések közös identitásképző elemeket tartalmaznak. Az identitásképző elemek, illetve azok elbeszél, szavakba öntött formái nem pusztán az önmagát elbeszélő én tapasztalatainak nyelvi nyomai, hanem a HIV-vel élő emberekről szóló különböző szakmai illetve többségi diskurzusoknak *internalizált* elemei. Azaz, az én-elbeszélésekör kötelezően jelennek meg azok a szöveg- és identitáselemek, amelyeknek forrásai nem az én személyes tapasztalatai, hanem olyan szövegekből erednek, amelyek a HIV-pozitivitásról vagy a HIV-vel élő emberekről szólnak.

Az én-elbeszélések elemzésével az a célom, hogy a narratív rétegek szétszálazásának eszközével beazonosíthatóvá váljanak azok az identitásképző elemek – a gyakorlatban ezek *szövegegyesítek* –, melyek mintázatként jelennek meg az én-elbeszélésekben, ezáltal biztosítva azt a narratív réteget, ami *csoportidentitást konstruál* az elbeszélők számára. Mivel ez a „kívülről” érkező szövegréteg alapvetően egy stigmatizált diskurzus része, ezért maga a HIV-vel élő elbeszélő is stigmatizálja önmagát, *internalizálja a stigmat*. Az internalizációnak kiemelt/kiemelendő jelentősége van abból a szempontból is, hogy a HIV-fertőzött személy nincs a testen megjelölve, így a társadalom többi tagja számára nem beazonosítható addig, míg önmaga fel nem fedi pozitív-státuszát. Az internalizáció az oka annak, hogy a mások előtt fel nem fedett státuszú HIV-vel élő személy is stigmatizált csoporttagságú identitással rendelkezik. A stigma jelenléte pedig mind az elbeszélők számára, mind a társadalom HIV-negatív tagjaira nézve erősíti a rejtőzködést, a titkolózást, a téma elhallgatását, így akadályozva meg, hogy hatékony(abb) HIV-prevenációs stratégiák váljanak kidolgozhatóvá.

Bár a szakirodalomban evidenciának számít, a társadalomtudományi (főként szociológiai, szociálpszichológiai és kommunikáció-elméleti) értelmezések – olykor maguk az értelmezési keretek is – hajlamosak rá, hogy eltekintsenek attól a tényről, vagy legalábbis

ne vegyük kellőképpen komolyan annak következményeit, hogy mélyinterjúk értelmezésekor – én-elbeszélések értelmezésekor pedig még fokozottabban – elemzésünk tárgya egy az elbeszélő(k) által konstruált szöveg, mely nem feltétlenül tükrözi megfelelőképpen a megélt történeteket. Azaz: a „tisztán” társadalomtudományi értelmezési eszköztárak felhasználásának veszélyét abban látom, hogy egy illúziót kergetve abba a jó szívvvel elfogadható reménységbe ringatjuk magunkat, miszerint a „valósághoz” férünk hozzá, s az életnek egy kis szeletkékét megértvén hozzájárultunk a világ megismeréséhez. Szándékosan fogalmaztam ily sarkosan, nem állítván, hogy a társadalomtudományi (kvalitatív) értelmezési keretek haszontalanok lennének, sőt, azokat elengedhetetlennek tartom, csupán az értelmezési keretek kizárólagos használatának veszélyforrásaira kívántam a figyelmet felhívni. Ennek ellenpontjaként ugyanígy szeretnék rávilágítani arra, hogy a bölcsészettudományi (főként filozófiai és irodalomelméleti) interpretációs megközelítések veszélyforrása ezzel épp ellentétes, miszerint hajlamos minden szöveget „fikcionált” szövegeként értelmezni, s így a valósághoz szövegeken keresztül való bármiféle hozzáférést tagad(hat). E kettősségnek, a megismerhetőségbe vetett hitnek és a megismerhetetlenség kételkedésének ugyanakkor (fel)használható szinergikus hatása (is) van, ami én-elbeszéléseink értelmezésekor rávilágít(hat) olyan szempontokra, melyek egyik vagy másik „világlátás” kizárólagos alkalmazásával rejtve maradnának. Azaz – bár borotvaélen táncolva – lehetőségünk nyílik arra, hogy a szövegek folyamatos (iteratív) kérdésével, azok egyes részeit egymással dialógusba állítva, grammatikai jelölőket figyelembe véve és értelmezve, mégis elfogadjuk azt, hogy az elbeszélő-én megélt élet-történetét igyekszik szavakba önteni, s az elbeszélt történet lehetőséget ad arra, hogy a megélt történet, legalábbis egyes részeihez, hozzáférjünk. Szándékaim szerint e kettősség – a megismerhetőség és a megismerhetetlenség – az értelmezés során dinamikus mozgásban tartásával fogunk eljutni a mélyinterjúk olyan felfejtéséhez, ami hozzájárulhat mind a HIV-vel élő személyek, mind a HIV-pozitivitást uraló diskurzus(ok), mind a mai magyar HIV/AIDS helyzet jobb megértéséhez.

A kötet első részében bemutatom a kutatás módszereit és a nemzetközi kutatási kontextust, amelynek keretében lehetőségem nyílt a tudományos munkát elvégezni. Ezt követően ismertetem a mintavételi eljárásokat, az adatfeldolgozás menetét, valamint a huszonnyolc interjúalany főbb szocio-demográfiai jellemzőit. Az ezt követő fejezetben áttekintem a magyarországi HIV/AIDS helyzettel kapcsolatos társadalomtudományi eredményeket nemzetközi összehasonlításban, majd az epidemiológiai adatokat és háttérrel, tárgyalva azt a medikalizált közeget, ami a HIV/AIDS tematikát övezi. Ezek után ismertetem azokat a narratológiai és grammatikai elméleteket és módszereket, amelyekre a mélyinterjúk elemzése során támaszkodtam, élve azzal a kontextuális narratológia által felkinált szabadsággal, mely lehetővé teszi, hogy a „társadalmi hasznosság” érdekében a narratológiára mint módszertani eszközre tekintsünk. Majd bemutatom,

hogy mely elméleti megfontolások alapján jutottam arra a következtetésre, hogy az én-elbeszélések szétszalazható narratív rétegekből épülnek fel, ezek milyen módszerek alapján fejthetők fel, s miként alakítják az én-elbeszélők identitáskonstrukcióit.

A kötet második részében a strukturális kódolásból adódó főbb témák köré csoportosítva elemzem a mélyinterjúk vonatkozó szövegegyeségeit, aminek eredményeképpen felfedtem az interjúkban rejlő mintázatokat, illetve kitértem az irreguláris, egyedi esetek az én-elbeszélésekben. A főbb témák alapján kaptak alcímeket az egyes fejezetek, melyekben a családi és baráti kapcsolati jellemzőket, a HIV-pozitív státusz felvállalását vagy titokban tartását a szexuális partnerek előtt, az óvszerhasználatot és a biztonságos(abb) szex értelmezéseket, a kockázatos szexuális magatartásformákat és azok észlelését, a HIV-fertőzéssel kapcsolatos reflexiókat és percepciókat, valamint az interjúalanyok diszkriminációs tapasztalatait és integrációs esélyeit tárgyalom.

A kötet harmadik részében a HIV-vel élő emberek önmeghatározási stratégiák működési mechanizmusainak feltárásával foglalkozom, ahol felhívom a figyelmet a diszkrimináció okozta társadalmi kirekesztettségre és a HIV-stigma hatásaira. Meggyőződésem, hogy az én-elbeszélések narratív elemzése közelebb visz az elbeszélő (re)konstruálódásának megértéséhez, s így az elbeszélő történeteket a megélt történetek lenyomataiként értelmezve közelebb kerülhetünk a HIV-vel élő emberek megértéséhez is. Ebben a fejezetben rámutatok arra, hogy a HIV-stigma megértése (elő)feltétele a hatékony(abb) HIV-prevenációs stratégiák bevezetésének és fenntartásának: mivel az internalizált stigmák és a stigmatizáló beszédmódok inkorporálása olyan viselkedés- és attitűdmintázatokat eredményez, amely a HIV-vel élő emberek rejtőzködéséhez vezet; a fertőzés szempontjából kockázatos magatartást tanúsító egyének pedig a stigmától való félelem miatt rejtőzködnek, éppen ezért nem járnak HIV-szűrésre, nem tájékozódnak arról, hogy hogyan védjék meg magukat a HIV-fertőzéstől.

Végül összegzem kutatásom fő eredményeit: ennek keretében áttekintem az elemzés korlátait és kijelölök néhány lehetséges jövőbeni kutatási irányt is.

A KUTATÁS MÓDSZEREI

A NEMZETKÖZI KUTATÁSI HÁTTÉR BEMUTATÁSA

Az elemzésem alapjául szolgáló mélyinterjúk felvétele egy kilenc évig tartó nemzetközi kutatás keretében történt, melynek célkitűzése volt, hogy a korábbiaknál hatékony(abb) nemzetközileg alkalmazható HIV/AIDS-prevenációs stratégiák váljanak kidolgozhatóvá a jövőben. A kutatás részeredményeiről több tanulmány jelent meg az elmúlt évek során (Takács et al. 2006, Amirkhanian et al. 2005, Amirkhanian et al. 2009, Takács et al. 2013, Amirkhanian et al. 2015), melyek részletesen ismertetik azt a tágabb kutatási közeget, melyet az alábbiakban röviden összefoglalok.

Noha Kelet- és Közép-Európa egyes területein az államszocializmus utolsó éveiben a HIV-vírus okozta járvány szinte ismeretlen volt, a kilencvenes évek elején gyorsan kezdett el terjedni. A régióbeli gyors főtünése ellenére hozzávetőlegesen szerény kutatási eredményt publikáltak róla, illetve egyáltalán a HIV/STD (az angol nyelvű STD rövidítést használok a szakirodalomban való gyakorisága miatt: *sexually transmitted diseases*, azaz szexuális úton terjedő betegségek) előfordulási gyakoriságáról a posztszocialista térségben.

A régió belül az államszocializmus megszűntével – a politikai, gazdasági és kulturális átalakulásokkal párhuzamosan – a szexuális „normák” liberalizációja zajlott le: a szüzesség elvesztése egyre korábbi, a szexuális tevékenység intenzívebb, és a következtelen óvszerhasználat mind jól dokumentált a fiatalok körében. Kevésbé ismertek viszont a következő jelenségek okai: a kiemelten rizikós szexuális magatartásformáké, valamint a pszichoszociológiai faktorok – ezekkel tisztában kell lennünk a hatékonyabb HIV/STD megelőzési programok fejlesztéséhez. 2003-2004-ben a kutatási program keretében 12-12 (n=66) – elsősorban alkohol és drog-fogyasztási és szexuális aktivitási szempontból – kiemelt kockázatú magatartásformákkal jellemezhető fiatal heteroszexuális nő és férfi társadalmi hálójá (*social network*) került bele a kutatásba két városból, Szentpétervárról és Budapestről. Fókuszcsoportokon vett részt az összes hálózat minden szereplője, majd a rögzített hanganyag átvitt szövege kvalitatív elemzéssel vált vizsgálat tárgyává azzal a céllal, hogy felfedjék mik a meghatározó tényezők a kiemelten rizikós szexuális viselkedésformáknak. A kutatási eredmények rávilágítottak arra, hogy a résztvevők bármely szexuális úton terjedő betegségtől kevésbé tartottak, mint az AIDS-től. A HIV-fertőzés kockázatának okaival többé-kevésbé tisztában voltak a fiatalok, azonban a veszélyforrások észlelése

különböző módon és mértékben történt. Továbbá a teherbe eséstől való félelem erősebb motiváló erőnek mutatkozott, mint az STD/HIV fertőzéstől való félelem, így az óvszerhasználat csökkenő tendenciát mutatott az első aktust követően, sőt, az óvszerhasználat ismételt bevezetése a párkapcsolatba különösen problémásnak tűnt. Emellett az óvszerhasználat komoly akadályairól számoltak be a fiatal felnőttek, többek között alkohol- és további tudatmódosító szerek fogyasztása alkalmával. Ezért világossá vált, hogy a HIV/STD prevenciók programoknak túl kell lépniük a rizikós magatartásformák ismertetésénél egy olyan tágabb tematizációs körbe, ahol mind a pszichológiai, a szociális és a párkapcsolati tényezőket is figyelembe vesszünk (Takács et al. 2006:59). E fókuszcsoportos vizsgálat eredményei jelentős mértékben hozzájárultak a kutatási program későbbi módszereinek finomításához, valamint a további adatok kontextualizálásához.

Ugyanakkor a rendelkezésre álló epidemiológiai statisztikai adatok rámutatnak arra, hogy még mindig az úgynevezett „MSM populáció” (*men having sex with men* – azaz férfiakkal szexelő férfiak – rövidítése) a leginkább kitett a HIV-fertőzés kockázatának Európában is, így továbbra is szükséges a közép-kelet-európai MSM populáció rizikós viselkedési mintázatainak és azok meghatározó tényezőinek kutatások során történő feltérképezése. Ezt kiegészítendő, innovatív módszerek tesztelése segítségével szükséges eljutni az MSM populációhoz azokhoz a szegmenseihez, amelyek esetlegesen kívül esnek a hagyományos mintavételi módszerek nyújtotta látókörön.

Az MSM populáció HIV-fertőződést kockáztató viselkedésének feltérképezéséhez használt hagyományos mintavételi mód a melegek által látogatott nyilvános helyeken fölvetett kérdőívezés volt. S noha ilyen jellegű meleg helyek, mint bárók, szaunák, klubok már léteznek Kelet-Európában, a homofób beállítottság és a homoszexualitás stigmatizációja mai napig széles körben elterjedt ezekben a társadalmakban. A régióbeli MSM populáció java része ezért „nem bújít el” – azaz rejtőzködik, tehát nem lesz elérhető e nyilvános helyeken keresztül. Az MSM populáció rejtőzködő tagjait olyan toborzási stratégiák alkalmazása révén lehet elérni, amelyekben ismerősök ajánlási lánc a kulcs.

A hatékony HIV/AIDS prevenciók kutatáshoz a mintavételi stratégia fontos része, hogy olyan személy adjon ajánlást, aki már a kutatás résztvevője. Például, a hólabda módszer egy ilyen toborzó láncot ad, amikor egy-egy résztvevő a saját közösségéből szervez be újabbat (Goodman 1961). Hólabda módszerrel toboroztuk a mélyinterjúkhoz HIV-vel élő kutatási alanyainkat, valamint szintén mélyinterjúk felvételéhez MSM szexmunkás alanyokat és úgynevezett „bárlátogató” MSM résztvevőket. A hólabda-elv továbbfejlesztéseként létrejött módszer, amikor többszörös ágakon zajlik a toborzás, tehát egy-egy résztvevő háromig terjedő számú új kutatási alanyt toboroz résztvevőként

(*respondent-driven sampling*) (Heckathorn 1997, 2002). Ez a módszer a kutatás első fázisának ego-centrikus hálózatokat (*ego-centric networks*) feltáró módszere volt, míg a kutatás második fázisának szocio-centrikus hálózatokat (*socio-centric networks*) feltérképező módszere ennek szociometriával történő továbbfejlesztése révén a teljes hálózatban az összes személy közti kapcsolat feltárására is biztosította a lehetőséget. Mindezek mellett így az is kiderül, hogy egy-egy viszony egyirányú-e avagy kölcsönös. Az ego-centrikus hálózatléíró elv – amit korábban széles körben alkalmaztak emberi testnedvekkel terjedő vírusokkal kapcsolatos kutatásokban, így a HIV-vel kapcsolatban is (pl. Amirkhanian et al. 2005; Kelly et al., 2006), először a közösség egy tagját rekrutálja, s e referenciaszemély kapcsolati hálójának tagjait azonosítja és próbálja minél hatékonyabban bevonni a kutatásba. A szocio-centrikus módszer jóval összetettebb, noha kevésbé alkalmazzák a HIV prevenciók kutatásokban. Ennek előnye, hogy a kisszámú – és általában kisebb méretű – ego-centrikus hálózatokkal szemben az azonosítást, toborzást, majd a személyek közti kapcsolatokat egy jóval szélesebb társadalmi körben célozza véghezvinni.

Ez a nemzetközi kutatás – amerikai, orosz, bolgár és magyar együttműködés keretében – időben és mintavételi módszertanában is két elkülöníthető részből állt. Az első fázisban ego-centrikus hálózatokként megközelített kutatási alanyokra épült a kutatás, míg a második fázisban áttértünk a „szövedékszerű” szocio-centrikus hálózatok feltérképezésére. E második fázis kiegészítő részeként készült az általam használt 28 mélyinterjú. Mivel én csupán a kutatás második fázisában, a szocio-centrikus hálózatokra épülő részében vettem részt – egyúttal koordináltam is a kutatás magyarországi részét 2007 és 2012 között –, valamint a mélyinterjúk is ebben a fázisban készültek, ezért csak ezt a fázist ismertetem röviden a következőkben. A kutatás magyarországi részét a Háttér Társaság a Melegekért és a Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Kutatóintézetének kutatócsoportja közösen végezte.

Az *International Social Network Study* (ISN) nemzetközi kutatás Budapesti Esély című magyar alprojektje az egyetlen magyarországi AIDS-prevenciók intervenciók kutatás volt eddig, mely a HIV-fertőzés szempontjából kockázatos viselkedéssel jellemezhető csoportokkal több módszert (survey, szociometria, intervenciók tréning, mélyinterjúzás) együttesen alkalmazva foglalkozott. Továbbá ez volt az egyetlen, mely a társadalmi hálózatok megközelítését alkalmazta a HIV/AIDS prevenció területén. A kutatás párhuzamosan folyt Bulgáriában és Oroszországban is. A kutatási protokoll által előírt módon (beleegyezési nyilatkozat, mely ismerteti a kutatásban való részvételt, kockázatokat, biztosítja a résztvevőt személyes adatainak bizalmas kezeléséről, az anonimitásról stb.) évente 100-120 új résztvevő rekrutálása, interjúzása, orvosi tesztelése és intervenciók tréningezése történt meg. A 2007-2012 közötti időszakban

több mint 500 fő vett részt a kutatásban, összesítve a szocio-centrikus hálózatokban részt vevő alanyokat valamint a mélyinterjú adó alanyokat. A kutatási tréningek során a résztvevők olyan információk és képességek birtokába juthattak, melyek hatékonyan hozzájárulhatnak a HIV-fertőzés további terjedésének elkerüléséhez az egyelőre mérsékelt fertőzöttséggel jellemezhető Magyarországon. A további fertőzések elkerülése – különösen epidemiológiai szempontból – jelentősen hozzájárulhat a magyarországi életminőség javításához. Az intervenció tréningek befejezése után fél évvel a kockázatfelmérő kérdőívezés megismétlődött, hogy mérni lehessen az intervenció tréningek gondolkodásra és viselkedésre gyakorolt hatását. A tréningek befejezése után egy évvel ismét sorra került a kockázatfelmérő kérdőíves interjúzás a hosszabb távú hatások meglétének vizsgálatára. Emellett első-sorban a szexuális viselkedés meghatározó jellemzőiről készültek mélyinterjúk a meghatározott népességcsoportokban – ennek része a 28 HIV-vel élő interjúalannyal készült mélyinterjú is –, mely interjúk anyaga segítette a kérdőíves eredmények értelmezését. A magyarországi kutatás során nyolc szocio-centrikus hálózat (*sociocentric networks*) rekrutálása történt Budapesten, melyek tagjait közel 500 férfival szexelő férfi (MSM) alkotja. A mintaalkotás egy-egy „mag” azonosításával kezdődött, majd tőle kiindulva három hullámban rekrutáltunk a kutatócsoport tagjaival: először a mag közvetlen barátaival, majd a barátok barátaival, végül a barátok barátainak a barátaival készültek kutatási interjúk. Az eddigi kutatási eredmények alapján elmondható, hogy a szocio-centrikus hálózati mintavétel hasznosnak bizonyult a HIV és STD fertőzések szempontjából fokozott kockázatú viselkedéssel jellemezhető népesség elérésére, és az általunk vizsgált népelemszegmensben belül a HIV és az STD fertőzések kockázati tényezőinek áttekintésére.

E nemzetközi kutatás keretében volt lehetősége a magyar kutatócsoportnak arra, hogy mintegy kiegészítésképpen mélyinterjúkat is készíthessen MSM HIV-vel élő emberekkel, valamint MSM szexmunkásokkal és úgynevezett „bárlátogató” MSM résztvevőkkel. HIV-vel élő interjúalanyainkkal a kutatócsoportból hárman készítettünk összesen 28 mélyinterjú, amelyeknek szöveghű átirata szolgál elemzésem alapjául.²

2 Köszönettel tartozom Jeffrey A. Kelly és Takács Judit kutatásvezetőknek, hogy hozzájárulásukat adták a mélyinterjú felhasználásához, valamint Takács Juditnak és Mocsonaki Lászlónak, akikkel megosztva készült a 28 mélyinterjú felvétele.

A KUTATÁSI MINTA ÉS MÓDSZEREK

Az elemzés alapjául 28 HIV-vel élő én-elbeszélése szolgál. Az interjúk felvétele Budapesten történt 2007 áprilisa és 2012 júniusa között a *HIV Prevention within High-Risk Social Networks – International Social Network Study II.*³ kutatás keretében. A HIV-pozitív MSM (*men having sex with men*) alanyokkal elsősorban civil szervezetek és HIV-aktivisták segítségével vettük föl a kapcsolatot, majd hólabda módszerrel folytatódott a rekrutálás. Emellett online fórumokon és egy melegmagazinban is meghírdettük a kutatásban való részvétel lehetőségét.

A 28 résztvevő átlagéletkora 37 év, a legfiatalabb 22 éves volt, a legidősebb 67. Iskolázottságukat tekintve 18 résztvevőnek felsőfokú, 6-nak középfokú és 4-nek alapfokú végzettsége volt. 14 rendelkezett állással, 6 volt munkanélküli, 6 volt rokkantnyugdíjas a HIV státusza miatt, egy nyugdíjas és egy fő volt diák. A minta összes férfi résztvevője melegeként határozta meg magát, és közülük 16 számolt be róla, hogy egy másik férfival áll partnerkapcsolatban. 9 esetben az interjúalanyok fő partnere (*main partner*) szintén HIV-vel élő volt. Az interjúk felvételének időpontjában a legtöbb résztvevő Budapesten élt, ahol a Magyarországon létező egyetlen HIV kezelésre szakosodott kórház található. A legtöbb résztvevő, ha nem élt eleve Budapesten, akkor HIV státusza miatt költözött a fővárosba, s csupán három volt közülük, aki még mindig vidéken élt. 11 férfi együtt élt azonos nemű partnerével, 9 egyedül egy háztartásban, 3 hajléktalanszállón, 2 a szüleivel, 1 résztvevő egy barátjával bérelt lakásban közösen, 1 fő egy albérlőjével és 1 fő egy nővérszállón. Etnikai hátterüket tekintve egy fő határozta meg magát romaként, és ketten voltak külföldi állampolgárok, akik tartózkodási engedéllyel élnek Magyarországon. 22 résztvevő sohasem nősült meg, 1 házasság volt, de külön élt a feleségétől, 5 elvált; a korábbi házasságok közül háromnak volt gyermeke. HIV-pozitív státuszáról 1 hónapja tudott a legrövidebb ideje értesült és 17 éve a legrégebbi. 7 interjúalanyunk számolt be arról, hogy valaha szexmunkás is volt, valamint 11 fő arról, hogy rendszeres kábítószer-fogyasztó és/vagy alkoholfüggő (volt). A demográfiai adatokat az 1. számú táblázatban foglaltam össze a 24. oldalon.

Az interjúk átlagosan 90-120 percesek voltak. A félig strukturált mélyinterjúk elkészítéséhez egy nyitott kérdésekből álló kérdőívet használtunk (Függelék 1. számú melléklet), mely a következő fő témakörökre koncentrált: kapcsolati jellemzők, HIV-fertőzés percepciók, szexuális gyakorlat, társadalmi kapcsolatok sűrűsége és *social network* beágyazottság, intézményi támogatás, valamint stigmatizációs és diszkriminációs tapasztalatok. A résztvevők aláírtak egy tájékoztatóson alapuló beleegyezési

3 A nemzetközi kutatást Jeffrey A. Kelly, az amerikai *Medical College of Wisconsin, Center for AIDS Intervention Research* igazgatója vezette. A magyarországi kutatásvezető Takács Judit volt (MTA, Szociológiai Kutatóintézet).

nyilatkozatot (*informed consent*). Minden meginterjúvolt személy álnévet választott magának, amit a felhasználáskor a felvétel időpontjában érvényes életkorával együtt használok az azonosításra. Az interjúk azzal a megegyezéssel kerültek magnószalagra, hogy az átírás után megsemmisítjük a hangfelvételeket.

Miután a felvett hanganyag szöveghű átírata elkészült, a leiratok a kutatás céljának megfelelően és az interjúk felvétele során meghatározott főbb témakörök szerinti kód-könyvbe kerültek a strukturális kódolás elvét alkalmazva: a releváns adatok az adott főbb témaköröknek és altémáknak megfelelő kódok szerint lettek rendezve. A strukturális kódolás eredménye, hogy a mélyinterjúkból nagyobb szövegegységek csoportosíthatóak egyes témák mentén, ami alaposabb elemzést tett lehetővé egy-egy témán belül és az azok közötti átjárhatóságot is erőteljesebben felszínre hozta (MacQueen et al. 2008). A strukturális kódolás bizonyos mértékben kvantitatív eszközök használatát is lehetővé tette: például figyelembe véve, hogy az összes résztvevő közül hányan reflektáltak egy-egy adott témára. Az egyes kódok segítségemre voltak abban, hogy megállapíthassam, melyek azok a közös szövegegységekben megragadható elképzelések, amiket több résztvevő is azonos módon fogalmazott meg, s melyek azok, amelyek ritka előfordulásuk alapján egyedinek, „különlegesnek” tekinthetők (LeCompte – Schensul 1999). A kvalitatív elemzés e kódkönyv tartalma alapján készült, a kvalitatív módszerek adta lehetőségeket alkalmazva, interakcionista fókusszal. Tehát a jelentéskonstruáló mechanizmusokra és mintázatokra összpontosítva próbáltam megérteni a válaszadók értelmezésében az ő meglátásaikat, és elbeszélt történeteiken keresztül megélt történeteiket. A strukturális kódolással előkészített szövegegységek azt is lehetővé teszik, hogy a konstrukcionista megalapozott elmélet (*grounded theory*) módszertani keretét (Charmaz 2006) alkalmazzam, s így fő célkitűzésem inkább a feltárás, felfedezés legyen, s kevésbé az igazolhatóság (Strauss – Corbin 1998). A megalapozott elmélet módszere, hogy az összegyűjtött adatokat a szövegekből kinyert kulcsfontosságú szempontok mentén rendezzük *kódok* szerint. Az azonos kódok alá került szövegegységeket feltételezések köré csoportosítjuk, így könnyebben feldolgozhatóvá válnak. Ezekből a feltételezésekben hozunk létre kategóriákat, amik alapját képezik egy elméleti megközelítésnek, avagy hipotéziseket generálnak. Ez a módszertan nem azt kívánja meg, hogy az értelmező válasszon ki egy számára megfelelő elméleti keretet, hanem az adatok elemzésekor megkívánva mind a deduktív, mind az induktív gondolkodást idézi elő, hogy mely elméleti keretek válnak indokolttá az interpretáció során. Számomra a megalapozott elméletnek az a sajátossága volt meghatározó az elemzés során, miszerint az elemzés célja, hogy feltárjuk a kutatási alanyainkat leginkább foglalkoztató problémákat, valamint azokat a módokat, ahogy e problémákat igyekeznek megoldani. A megalapozott elméletben a kutató iteratív kérdéseket tesz fel azzal kapcsolatban, hogy mi történik éppen, illetve hogy mik éppen a résztvevők problémái, illetve miként próbálják azokat megoldani. Célom, hogy a HIV-vel élő férfakkal készült mélyinterjúk vizsgálata

alapján felfedett mintázatokot oly módon összegezzem narratológiai módszereket alkalmazva és grammatikai, elemzést is végezve, amelyek segítenek megérteni a kérdezettek motivációit, identitáskonstrukcióit, kirekesztettségüket, hogy miként érzékelik az őket körülvevő társadalmat, többek között annak érdekében, hogy hatékony(abb) HIV-prevenációs eljárások váljanak kidolgozhatóvá a jövőben.

Epidemiológiai jellegű HIV/AIDS prevenciók kutatásokban – amilyen az általunk végzett ISN kutatás is volt – elterjedt gyakorlat a minta összeállítása során az MSM kategóriatagságból való kiindulás: ebben a kontextusban ugyanis a kutatásban résztvevők – esetenként titkolt vagy éppen nyíltan felvállalt – szexuális irányultsága mint identitás-meghatározó tényező kevesebb jelentőséggel bír, mint a valós szexuális tapasztalatok. A köztudatban azonban az MSM tapasztalatokat gyakran automatikusan a homoszexualitáshoz, illetve a melegidentitás meglétéhez társítják. Azonban, ahogy erre már korábbi tanulmányokban is rámutattam (PTóth 2011, 2012), az MSM szexuális gyakorlat járhat biszexuális, vagy akár heteroszexuális identitással is, illetve a szexuális gyakorlat megléte vagy hiánya nem befolyásolja, hogy valaki melegként azonosítja-e önmagát. Ugyanakkor, nem hagyható figyelmen kívül, hogy a homoszexualitás mint identitáskategória és a HIV/AIDS látszatkorrelációja egymásra rétegzett stigmákat (*layered stigma*) eredményezhet, melyek tovább erősíthetik egymás hatását; ismételten kiemelve, hogy a kockázatos szexuális magatartásformák állnak összefüggésben azzal, hogy mekkora a HIV-fertőzés veszélye, s nem különböző identitáskategóriák.

A rétegzett stigma (*layered stigma*) (Cloete et al. 2013) jelentése, hogy különböző stigmák nehezen szétszálazható módon fonódnak össze, és így nagymértékben járulnak hozzá egy társadalmilag hátrányosan megkülönböztetett csoport további marginalizálódásához. Például, egy intravénás droghasználó már eleve egy stigmatizált csoport tagja. Mivel azonban az intravénás droghasználók nagyobb mértékben vannak kitéve a HIV-fertőzés veszélyének (a többségi társadalom szemében általánosítva, hiszen nem az intravénás droghasználat maga a kockázatos magatartásforma, hanem a közös tűhasználat), így ha egy adott közösségben van egy HIV-vel élő intravénás droghasználó, akkor a közösségben könnyedén válik közvélekedéssé, hogy minden HIV-vel élő egyúttal intravénás droghasználó is; illetve fordítva: minden intravénás droghasználó feltételezhetően HIV-pozitív státuszú is. Így egy intravénás droghasználó nem csak azért stigmatizált, mert intravénás droghasználó, hanem azért is, mert feltételezetten HIV-pozitív státuszú; illetve egy HIV-vel élő ember nem csak HIV-pozitív státusza révén stigmatizált, hanem mert feltételezetten intravénás droghasználó is.

Interjúalanyaink főbb szociodemográfiai jellemzőit, az interjúk felvételének időpontját, valamint néhány olyan jellemzőt, amelyekre az elemzés során támaszkodhatunk, bár az

egyes szövegegységekben aktuálisan éppen nem lesznek jelen, az 1. számú táblázatban foglaltam össze. Az 1. számú táblázat tartalmazza, hogy van-e az interjúalanyunk állandó partnere; ha igen, akkor az állandó partner HIV-státuszát; a HIV-fertőzöttség – ismert – időtartamát (években kifejezve); a HIV-pozitív státusz ismertté válásakor hány éves volt az interjúalany; használ-e vagy használt-e valaha kábítószer (rendszeresen).

1. számú táblázat: Az interjúalanyok főbb szocio-demográfiai jellemzői

Választott név	Kor	Iskolai végzettség	Foglalkozás	Háztartás	Állandó partner	Állandó partner státusza	Fertőzött (éve)	Fertőzés (évesen)	Kábítószer-használat
Alex	35	alapfokú	ápoló	nővelszállón	van	pozitív	2	33	alkohol néha
Alex	27	alapfokú	munkanélküli	egyedül	van	pozitív	2	25	nem
András	34	felsőfokú	penzügyi elemző	egyedül	nincs	—	2,5	31	extasy, poppers, Viagra, Kamagra
Attila	35	alapfokú	újságíró	barátjával	van	pozitív	3	32	nem
Akos	22	középfokú	főiskolás	szülőivel	nincs	—	1,5	20	extasy, poppers, heroin
Bendegúz	70	felsőfokú	nyugdíjas, tanár	albérlővel	nincs	—	20	50	nem
Edonér	38	felsőfokú	munkanélküli	barátjával	van	negatív	0,5	37	alkohol, néha
Egon	40	középfokú	rokkant-nyugdíjas	hajléktalan; szálló	van	negatív	7	33	alkoholista volt (4 éve nem)
Elek	27	középfokú	munkanélküli	egyedül	van	pozitív	5	22	nem
Etele	52	felsőfokú	tanár	egyedül	nincs	—	0,1	52	nem
Feri	44	felsőfokú	vállalkozó	barátjával	van	negatív	17	27	nem
Ferli	34	felsőfokú	szabadúszó-nyelvtanár	barátjával	van	pozitív	4	30	extasy, speed, kokain, hasis, marihuána, alkohol
Georgó	46	felsőfokú	„főranácsos”	egyedül	nincs	—	15	31	nem
György	30	felsőfokú	tanár, szabadúszó	barátjával	van	pozitív	3,5	26	nem
Gyuri	37	felsőfokú	rokkantnyugdíjas	édesanyjával	nincs	—	10	27	alkohol, néha
Heidi	32	felsőfokú	ménök	barátjával	van	negatív	2	30	extasy, amfetamin, marihuána, alkohol
Janó	49	felsőfokú	rokkant-nyugdíjas	egyedül	van	NA	9	40	nem
Kozso	37	felsőfokú	rokkant-nyugdíjas	egy baráttal	nincs	—	14	23	nem
Krisztián	37	felsőfokú	munkanélküli	barátjával	van	negatív	0,5	36	extasy, kokain
Miki	42	középfokú	banki szftér	barátjával	van	pozitív	1	41	nem
Móric	31	középfokú	biztonsági őr	barátjával	van	pozitív	1	30	nem
Odón	42	felsőfokú	rokkantnyugdíjas	egyedül	nincs	—	14	30	nem
Rudolf	29	felsőfokú	közgazdász	egyedül	nincs	—	2	27	„behígították”
Sissi	41	alapfokú	hajléktalan	hajléktalan; szálló	nincs	—	16	25	kokain, alkohol
Tomi	30	felsőfokú	informátikus	barátjával	van	pozitív	2	28	speed, poppers
Zsolt	26	középfokú	munkanélküli	hajléktalan; szálló	nincs	—	1	25	poppers, rush
Zsolt	41	felsőfokú	rokkantnyugdíjas	egyedül	nincs	—	14	27	nem
Zsolt	40	felsőfokú	vegyszeremlők	barátjával	van	negatív	3	37	marihuána, hasis

AZ ÉN-ELBESZÉLÉSEK TÁRSADALOMTUDOMÁNYI MEGKÖZELÍTÉSBN

Az általam vizsgált én-elbeszélések társadalmi beágyazottsága miatt – és különös tekintettel arra a tényre, hogy mind a huszonnyolc interjúalanyunk egyértelműen melegeként határozta meg magát – foglalkoznunk kell azzal a többségi diskurzussal, amelyhez idomulva a HIV-vel élő emberek megpróbálták, megpróbálják elbeszélni önmagukat egy heteronormatív, heteroszexista társadalmi közegben élő társadalmi kisebbségi csoport tagjaiként. E társadalomtudományi megközelítéshez elengedhetetlen, hogy a mélyinterjúk témájának megfelelően röviden áttekintsünk néhány alapfogalmat és értelmezési keretet, melyek meghatározhatják interjúalanyaink – akár a szövegeken belül megformálódó, (re)konstruálódó – identitását, elbeszélt életeseményeit.

A heteroszexizmus és a heteronormativitás közel azonos jelentéssel bírnak abban az értelemben, hogy mindkét fogalom a heteroszexualitásnak előjogokat parancsoló normák következményeire utal (Fraser 1997), valamint egyaránt azon kulturális imperializmus megnyilvánulásai, melynek keretében a domináns heteroszexuális többségi csoport egyetemes emberiként tételezett tapasztalatai és kultúrája olyan normaként tűnnek föl, melytől eltérni csak a kisebbség és a deviancia irányába lehet (Young 1990). Elemzésem elméleti hátteréről – korábbi vizsgálatainkhoz hasonlóan (P.Tóth 2012, Takács et al. 2008, Takács et al. 2012) – a strukturális elnyomás Iris Marion Young (1990) által bevezetett koncepciója szolgált. Ennek egyik legfontosabb eleme, hogy a – korábban gyakran egyes emberek és meghatározott társadalmi csoportok érdekeit szolgáló gyakorlatként megjelenő – elnyomást az egyéni képességek és készségek kiteljesítését, valamint a társadalmi együttműködés és kommunikáció hatékonyságát korlátozó szerkezeti tényezőként értelmezi, melynek hatásai a gazdasági redisztribúció működésén túl a döntéshozatali folyamatokban, a munkamegosztásban és a kultúrában való részvétel korlátozottságában egyaránt megjelennek. Az így felfogott – konkrétan beazonosítható elnyomók nélküli – elnyomás része lehet akár „jó szándékú” is, ahol a teljes körű társadalmi részvételből kizárt egyének és társadalmi kisebbségi csoportok esetenként szinte észrevétlenül szenvednek a társadalom többségi tagjai számára magától értetődőként kezelt intézményes szabályokból és társadalmi normákból adódó, mindennapi gyakorlatoktól.

Young (1990) öt kritériumot különböztet meg, melyek közül bármelyik meglete elnyomást jelent, de együttes vizsgálatuk lehetővé teszi az egyének és csoportok helyzetének különböző – akár egyszerre privilegizált és elnyomott – aspektusainak leírását.

Ezek közül a gazdasági kizsákmányolás, a társadalmi-gazdasági marginalizáció és az érdekvérvényesítési erő hiánya főként gazdasági összefüggéseiben értelmezi az elnyomást, míg a kulturális imperializmus és a rendszerszerű erőszak kritériumai túlmutatnak a munkamegosztással kapcsolatos jellemzőkön. A kulturális imperializmus alapján a domináns többségi csoport egyetemes emberiként tételezett tapasztalatai és kultúrája olyan normaként jelenik meg, melytől eltérni csak a deviancia és a kisebbség irányába lehet. A rendszerszerű erőszak a fizikai támadásoknak, a zaklatásnak, a megfélemlítésnek és a kigúnyolásnak azon megjelenési formáit jelöli, melyek általános társadalmi gyakorlatként működnek és melyek célja az egyes társadalmi csoportok tagjainak degradálása, megalkalmazása vagy megbélyegzése. Az erőszak e formája attól válik rendszerszerűvé, hogy egy adott csoport tagjait egyszerűen – valós vagy vélt – csoporttagságuk miatt fenyegeti, és mert az adott társadalmi környezetben a rendszer „normálisnak” tételezett, szerves részeként elgondolható, tolerálható, ösztönözhető és megvalósítható ilyesmi. Mindemellett fontos jellemzője még az irracionalitás: az ilyen – például a nők, az etnikai kisebbségek vagy a melegek elleni – erőszak mozgatórugója az adott csoportok iránt érzett félelem vagy gyűlölet, mely általában az elkövetők belső bizonytalanságaival és identitásproblémaival áll összefüggésben. A rendszerszerű erőszaknak kiváló táptalaja a kulturális imperializmus: egy adott társadalomban a sokáig nem-létezőként, elnémitottként vagy alárendeltként kezelt jelentések és tapasztalatok térnyerésével az univerzálisan elfogadottként tételezett normák megkérdőjelezése irracionális erőszak-megnyilvánulásokhoz vezethetnek.

A meleg emberek szempontjából, akikre a társadalomtudományi szakirodalom gyakran az LMBT (leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű)⁴ társadalmi kisebbség részeként tekint, az érdekvérvényesítés számos akadálya azonosítható a mai magyar társadalomban, ahol társadalmi, gazdasági és kulturális igazságtalanságok elszenvédőivé válhatnak és válnak. Az LMBT emberek társadalmi megkülönböztetésének magyarországi tényeit az utóbbi években több magyar empirikus kutatás is dokumentálta (pl. Solymár – Takács 2007; Dombos et al. 2011, Takács – Dombos 2012), melyek arra mutattak rá, hogy a megkérdozett magyar LMBT-emberek is ki vannak téve a heteronormatív kulturális imperializmus működéséből adódó megpróbáltatásoknak: többek között annak, ahogy a társadalomban uralkodó jelentések az egyén saját csoportjának meghatározott perspektíváját láthatatlanná teszik, ugyanakkor az egyént sztereotíp módon, egyfajta kitaszított *Másikként* jelölik meg. Ugyanakkor arra is felhívták a figyelmet e kutatási eredmények, hogy a mindennapokban megélt LMBT-lét hogyan teheti rendszerszerű erőszak céltábláivá az érintett embereket, ami nemcsak a személyüket vagy a tulajdonukat találmorra érő, indokolatlan támadásokban nyilvánulhat meg, hanem abban,

4 Mivel témánk szempontjából nem releváns, ezért nem kívánok bővebben foglalkozni a napjainkban használatos angol „LGBTQIA+” kifejezés lehetséges magyar változataival, hanem maradok a rövidebb LMBT formánál. Az angol nyelvterületen használt LGBTQIA rövidítés a leszbikus, meleg, biszexuális, transz*, queer, bizonytalan (*questioning*), interszexuális és aszexuális emberekre utal.

az elnyomott társadalmi csoportok tagjaira jellemző tudatban is, hogy csupán LGBT-mivoltuk miatt bármikor erőszak áldozataivá válhatnak.

Nancy Fraser (1997) az elismerés-politikai küzdelmek kontextusában azt hangsúlyozza, hogy a melegeket a heteroszexizmus – azaz: a heteroszexualitást privilegizáló és annak kizárólagosságát előíró társadalmi normák – működése sújtja, mely együtt jár a homoszexualitás kulturális leértékeléseként értelmezett homofóbiával. Fraser szerint *„a meleg és a leszbikusok súlyos gazdasági igazságtalanságoktól is szenvednek: rövid úton elbocsáthatják őket a munkabelyükről és a családok támogatására szánt szociális és jóléti juttatásokból szintén kizárják őket. Mindez azonban nem közvetlenül a gazdasági szerkezettel függ össze, hanem sokkal inkább egy igazságtalan kulturális értékstruktúra terméke”* (Fraser 1997:18). Ugyanakkor az érintettek számára nagyon is kézzel fogható következményei lehetnek egy adott társadalomban a kulturális értékstruktúra igazságtalan működésének és az ennek következtében kialakuló társadalmielismerés-hiánynak, s az ő számukra mindennapi életük során tulajdonképpen érdektelen, hogy mi okozza az általuk elszenvedett társadalmilag kódolt hátrányokat. A meleg, illetve az LGBT-emberek társadalmi érdekvépviseletét föl válláló politikai csoportok és civil szervezetek szempontjából azonban alapvető fontosságú az érintettek társadalmi beilleszkedését segítő vagy akadályozó tényezők és a kiváltó okok azonosítása. A különböző kisebbségi csoportok társadalmi kirekesztettségének felszámolása össztársadalmi szempontból is releváns kérdés, hiszen óriási pazarlás lemondani egész társadalmi csoportok boldogulási lehetőségeinek megteremtéséről, különös tekintettel azokra az egyébként megspórolható költségekre, melyeket a társadalmi megkülönböztetés káros hatásainak következtében az elmaradt – például iskolai vagy munkaerő-piaci – integrációból adódhatnak (Takács – Dombos 2012).

Ugyanakkor Gregory Herek (2004) megközelítését alapul véve a „heterónorma” értelmezhető a szexuális orientáció alapuló stigmát átörökítő kulturális ideológiaként is, mely a nem-heteroszexuális viselkedés-, identitás-, kapcsolat- vagy közösségformák elutasítására vonatkozó társadalmi tudás fenntartását szolgálja. A heteronormatív társadalmi működés tünete a meleg vagy melegnek vélt emberek ellen irányuló erőszak: az elmúlt évek magyarországi tapasztalatai – különösen a budapesti meleg-felvonulások elleni erőszakos támadások 2007-es kezdete óta – megmutatták, hogy a nem csak a meleg-felvonulásokon tapasztalható, de a többség által főként onnan ismert erőszakos támadások Magyarországon – és más kelet-európai országokban legalábbis egyelőre – a „normális” társadalmi működés részeinek tekinthetők.

Korábbi kutatási eredmények arra is ráirányítják a figyelmet, hogy a homoszexualitás identitáskonstruáló erejének fennmaradásához, illetve fenntartásához a mai Magyarországon hozzájárulhatnak azok a tényezők, melyek alapján a homoszexualitás fenye-

getett identitáskategóriaként értelmezhető (Takács 2004). E fenyegetett identitáskategóriához kapcsolódó stigmákra rétegződhet rá a HIV-pozitivitással járó stigmatizáció, mely révén meleg HIV-vel élő interjúalanyaink esetében a fenyegetett identitás fokozott meglétéről beszélhetünk. A nemzetközi szakirodalom – például Kenneth Plummernek (1975) a „szexuális stigmáról” szóló szimbolikus interakcionista érvei vagy Mary McIntoshnak (1968) a „homoszexuális szereppel” kapcsolatos funkcionista megközelítése – alapján az is feltételezhető, hogy a homoszexuális identitás egyik legfontosabb „összetevője” éppen a homoszexualitás szociális reprezentációja. Az általam vizsgált HIV-vel élő én-elbeszélésekben is jól tetten érhetők a homoszexualitás mai magyar társadalomra jellemző szociális reprezentációjának visszatükröződései, illetve nyelvi nyomai. Következésképpen elemzésemben a fenyegetett identitáshoz kapcsolódó tágabb elméleti keret a szociálisidentitás- és a szociálisreprezentáció-elméletek egyes következtetéseiből épül fel.

A szociálisreprezentáció-elmélet megalkotója, Serge Moscovici (1976) eredeti értelmezésében a szociális reprezentációk a mindennapi életből származó koncepcióknak és magyarázatoknak olyan halmazai, melyek az egyének közötti kommunikációban jönnek létre. Moscovici elsőként a pszichoanalízis szociális reprezentációjának kialakulását vizsgálta, azaz azt a folyamatot, ahogy a tudományos ismeretek leegyszerűsített formában átszűrődnek az „átlagemberek” hétköznapijaiba. E folyamat figyelhető meg interjúalanyaink én-elbeszéléseiben, amikor a HIV-pozitivitásról szóló epidemiológiai diskurzus elemeit (akár konkrét szövegegységeit) identitásuk (re)konstruálásának szerves részévé téve emelik be az elbeszélésbe.

A szociális reprezentáció legfontosabb funkciója a társadalmi valóságnak a kommunikációban és a társadalmi interakciós folyamatokban lezajló konstrukciója: *„A szociális reprezentációk létrehozása magába foglal egy identitásállítást és egy valóságértelmezést ... amikor a társadalmi szubjektumok megalkotják és megszervezik reprezentációs mezőiket, ezt azért teszik, hogy a valóságnak értelmet adjanak, elsajátítsák és értelmezzék azt. Amikor így járnak el, egyszerűen mind állításokat fogalmaznak meg arról, hogy kicsodák ők maguk, hogyan értik meg saját magukat és másokat, a szociális térben hová helyezik magukat és társaikat, illetve milyen kognitív és affektív erőforrások állnak az adott történelmi időben a rendelkezésükre.”* (Jovchelovitchot idézi László, 1999:102). Ahogy arra Jovchelovitch is rámutat, az egyén csoportazonosulásából kiinduló szociálisidentitás-elméletekbe jól integrálható a szociális reprezentáció elmélete.

A szociálisreprezentáció-elméletek a társadalmi valóság konstruált jellegét hangsúlyozzák: a társadalmi valóságot a társadalmi interakciós folyamatokban létrejövő szociális reprezentációk képviselik. A szociális reprezentációk „hétköznapi tudástartalmai” az ezeket létrehozó egyének és csoportok valóságértelmezését tükrözik, mely valóságértelmezés az egyéni és csoportidentitások megalkotásának alapjául szolgál. A társadalmi

representációk és identitások kialakításának kölcsönhatása központi eleme Breakwell (1986) identitásfolyamat-elméletének, ahol az identitásfolyamatok hatékony működését akadályozó identitásfenyegetések és az ezek feldolgozására alkalmazott stratégiák megértése érdekében válik szükségessé a – társadalmi hiedelmekként és attribúciókként megfogalmazott – szociális representációk vizsgálata.

Az empirikus szociálisrepresentáció-vizsgálatok egyik témánkba vágó példajaként említhető a HIV/AIDS szociális representációját öt közép-és kelet-európai országban – Észtországban, Grúziában, Lengyelországban, Magyarországon és Oroszországban – vizsgáló kutatás. Az 1999-es kutatás empirikus eredményei szerint a válaszadók a homoszexuálisokra leginkább mint – a HIV-fertőzés szempontjából – magas kockázatú (rizikó)csoportra tekintettek és az AIDS szó kapcsán a leggyakrabban említett szabad asszociációk között szintén szerepeltek a homoszexuálisok (Goodwin et al. 2003, Goodwin et al. 2004).

Mindezek alapján interjúelemzéseimben mind a homoszexuális identitást, mind a HIV-pozitív identitást egyfajta „fenyegetett identitásként” közelítem meg, melynek kialakulásához nagymértékben hozzájárul a homoszexualitás és a HIV-pozitivitás szociális representációja. Mind a homoszexualitás szociális representációját, mind a HIV-pozitivitását potenciális identitásfenyegetésként vizsgálom a magyar HIV-vel élő meleg férfiakkal készített interjú elemzése során.

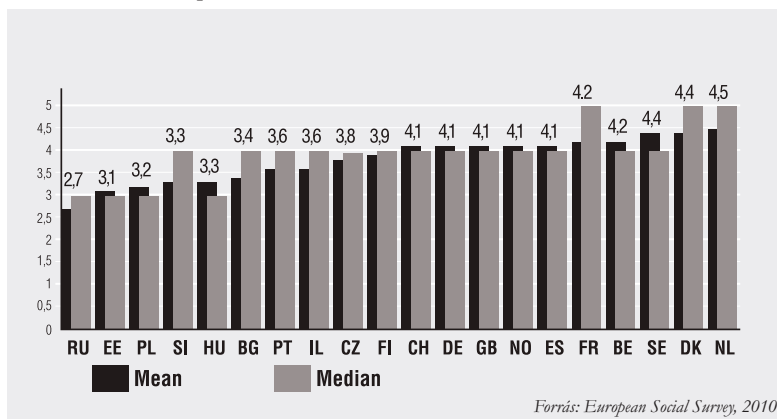
Történetileg néhány évtizedet visszatekintve fontos megjegyezni, hogy az államszocializmus idején az azonos neműek közötti (szexuális és/vagy pár-) kapcsolatok kialakítását és fenntartását sokáig törvények tiltották, így igen kis számban és korlátozott mértékben álltak rendelkezésre nyilvános terek a meleg és biszexuális férfiak számára az egymás közötti kötetlen szocializáció színtereként.⁵ A kelet-európai régió legtöbb országában csak az 1970-es évektől kezdve dekriminalizálták a – felnőttek közötti konszenzuális – homoszexuális gyakorlatokat, így Magyarország az úttörők közé számított, amikor 1961. december 15-én az Országgyűlésben elfogadták a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről szóló 1961. évi V. törvényt, amely a megszüntette a felnőtt férfiak közötti, beleegyezésen alapuló szexuális kapcsolat büntethetőségét.⁶ Ugyanakkor fontos mozzanat, hogy a beleegyezési korhatár területén a diszkriminatív szabályozás 2002-ig hatályban maradt. A magasabb beleegyezési korhatárt végül az Alkotmánybíróság törölte el, amely 2002-ben hozott határozatában kimondta: az – akkor hatályos

5 Ugyanilyen – vagy még ennél is erősebb – korlátozottság jellemezte a leszbikus nők lehetőségeit is, ám az ő helyzetükkel itt nem foglalkozhatunk behatóbban.

6 A magyar büntetőtörvény 1961 előtt nem büntette a nők közötti homoszexuális kapcsolatot, ám 1961-től a homoszexuális és a heteroszexuális kapcsolatok közötti eltérő beleegyezési korhatár (az előbbinél 18 év, az utóbbinál 14 év) a leszbikus kapcsolatokra is vonatkozott (Takács 2007).

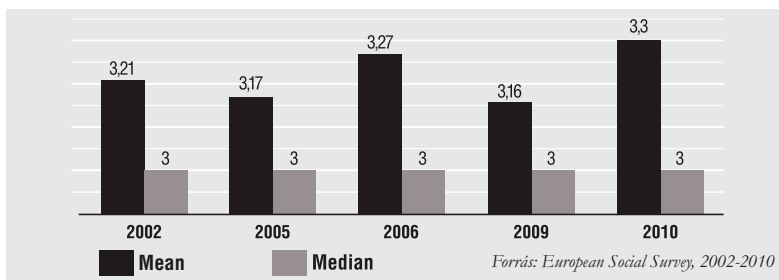
– Alkotmány 70/A. §-ába ütköző, egyéb helyzet szerinti hátrányos megkülönböztetést jelent a szexuális irányultság szerint eltérő bekegyezési korhatár előírása. Mindezek ellenére a legtöbb posztoszocialista ország meleg közössége túlságosan új keletű ahhoz, hogy kellő politikai befolyással rendelkezzen, a közegészségügyi szakpolitika ne mellőzze problémáikat, valamint tagjai tapasztalatlanok a HIV/AIDS jelentette fenyegetéssel szemben.

Az utóbbi évtized empirikus eredményeit áttekintve elmondható, hogy a magyar társadalom nagyobb része tekint inkább elfogadóan a melegekre és a leszbikusokra, mint teljes elutasítással (Takács–Szalma 2013a, 2013b). Ez derült ki a *European Social Survey* (ESS) 2010-es magyarországi adatfelvételéből is. Itt a „*Hagyni kell, hogy a meleg férfiak, és a leszbikus nők szabadon éljék az életüket melegként és leszbikusként úgy, ahogy akarják*” kijelentéssel való egyetértést egy ötfokú skálán mérték (ahol az 5-ös teljes egyetértést, az 1-es pedig erős egyet nem értést jelentett) és a magyar átlagérték 3.3 lett. Mint az 1. számú ábrán is látható Magyarország a kevésbé toleráns európai társadalmak közé sorolható.



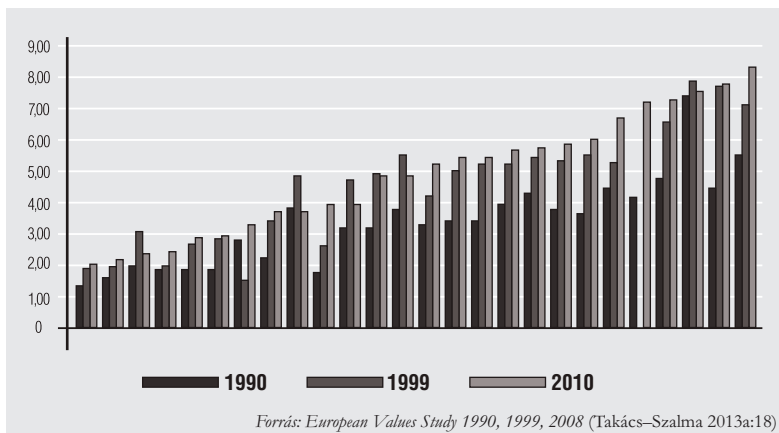
1. ábra: A meleg férfiak és a leszbikus nők társadalmi elfogadottságának átlagértékei 20 európai országban

A „*Hagyni kell, hogy a meleg férfiak és a leszbikus nők szabadon éljék az életüket melegként és leszbikusként úgy, ahogy akarják*” egy standard kérdés az ESS-ben, mely 2002 óta minden eddigi adatfelvételi hullámban szerepelt. Amint ez a 2. ábrából is kiderül, 2002 és 2010 között a magyar válaszok nem tükröztek jelentős elmozdulást sem az elutasítás, sem az elfogadás, irányában.



2. ábra: A meleg férfiak és a leszbikus nők társadalmi elfogadottságának átlag- és mediánértékei 2002 és 2010 között

A „homoszexualitás megengedhetősége” tekintetében hasonló magyar eredményeket mutatott a 2008-ban lefolytatott *European Values Study* (EVS).⁷ Ennek keretében egy tízfokú skálán lett 3.2 magyar adatok átlagértéke (ahol az 1-es érték jelölte a „soha meg nem engedhető” választ, a 10-es érték pedig a „mindig megengedhető”). Azért célszerű az EVS adatokat is figyelembe venni, mert ebbe a nemzetközi adatfelvételbe Magyarország már 1990-ben bekapcsolódott, vagyis a csak 2002 óta rendelkezésre álló ESS adatokhoz képest hosszabb időtávon vizsgálható a „homoszexualitás megengedhetőségére” vonatkozó EVS kérdésre adott válaszok tükrözte általános vélemény.



3. ábra: A homoszexualitás „megengedhetősége” 26 európai országban (1990, 1999, 2008)⁸ (1 = soha nem megengedhető; 10 = mindig megengedhető)

⁷ A megválaszolendő kérdés így hangzott: „Kérem, mondja meg a következő állításokról, hogy azokat mindig megengedhetőnek tartja-e, vagy soha meg nem engedhetőnek tartja, vagy valami a kettő között: Homoszexualitás”.

⁸ E táblázat (és a 3. ábra) csak azokat az európai országokat tünteti fel, amelyek az EVS első hullámának felvételében is részt vettek.

A 3. számú ábra – valamint a függelékben található 2. számú táblázat – a homoszexualitás „megengedhetőségének” európai véleményezési adatait foglalja össze. A bemutatott empirikus eredmények alapján megállapítható, hogy nyilvánvaló trend Európában 1990 és 2008 között, hogy a vizsgált társadalmak toleránsabbá váltak a homoszexualitás irányában. Ugyanakkor az EVS eredmények is azt mutatják, hogy a magyarországi válaszadók ennek ellenére továbbra is a kevésbé megengedők közé tartoznak – csakúgy, mint ahogyan az ESS eredmények is ilyen nemzetközi besorolásról tanúskodnak.

A társadalmi elfogadottság, illetve a társadalmi távolságtartás azonban pragmatikusabban tetten érhető, ha nem egy ismeretlenre vonatkozó véleményt szeretnénk megtudni, hanem a válaszadóhoz közelebb hozzuk a kérdést: történetesen a lakóhelyére. Ezért a szomszédpreferenciák tudakolása kétségtelenül hitelesebb eredményt ad, mint a kissé autoriter „megengedői” attitűd fürkészése.⁹ A 4. ábrán látható, hogy 1990 és 2008 között hogyan nőtt meg a homoszexuálisok és az „AIDS-esek” elfogadottsága a magyar társadalmon belül. A kitartóan sereghajtó kábítószer-fogyasztókkal, súlyos alkoholbetegekkel és a büntetett előéletűekkel szemben, akiket a legutóbbi időkg a magyarok fele nem

3. számú táblázat: Kiket nem szeretne Ön szomszédjainak, ha vannak ilyenek?¹⁰

Nemek szerinti bontás (1990 és 2008)

	1990			2008		
	Átlag (%)	Nők (%)	Férfiak (%)	Átlag (%)	Nők (%)	Férfiak (%)
Büntetett előéletűek	77,3	81,2	73	50	53,5	46,1
Más fajhoz tartozók	22,9	22,7	23,2	9	8,1	9,9
Szélsőbaloldaliak	21	16,9	25,5	11,5	8,4	14,9
Erősen iszákosok	81,5	84,9	77,8	57	59,3	54,5
Szélsőjobboldaliak	20,3	16,3	24,7	12,7	9,1	16,6
Nagycsaládosok	7,4	6,5	8,3	4,7	5,8	3,4
Érzelmileg bizonytalan	23,4	23	23,9	13,8	13,1	14,7
Muzulmánok	18,3	19,2	17,4	11	10,4	11,7
Bevándorlók, külföldi	22,2	23	21,3	15,2	15,1	15,4
AIDS-esek	65,9	68,9	62,6	30,6	30,1	31,2
Kábítószeresek	83,6	86,8	80,1	64	64,3	63,7
Homoszexuálisok	75,3	74,1	76,6	29,5	25,1	34,2
Zsidók	10,3	10,8	9,8	6,4	5,2	7,7
Cigányok	–	–	–	38,7	38,6	38,8
Keresztények	–	–	–	2,1	2,4	1,8

Forrás: European Values Study 1990 és 2008 (Takács–Szalma 2013a:13)

9 A megválaszolódó EVS kérdés így hangzott: „Ezen a listán különböző típusú emberek vannak: Büntetett előéletűek; Más fajhoz tartozó emberek; Szélsőbaloldaliak; Erősen iszákosok; Szélsőjobboldaliak; Nagycsaládosok; Érzelmileg bizonytalan emberek; Muzulmánok; Bevándorlók, külföldi vendégmunkások; AIDS-esek; Kábítószeresek; Homoszexuálisok; Zsidók; Cigányok; Keresztények. Ki tudná választani azokat, akiket Ön nem szeretne szomszédainak, ha vannak ilyenek?”.

10 Erre a kérdésre két lehetséges válasz kategória volt: 1 = említette; 2 = nem említette.

szívesen látna szomszédjaként, a homoszexuálisok esetében az arány háromnegyedről egyharmad alá esett. Az „AIDS-esek” megnevezéssel ellátott társadalmi csoport esetében – akiket vélhetően a HIV-pozitív státuszuként azonosítottak mind a kérdésfeltevők, mind a válaszadók – jelentős változás tapasztalható: több mint felére csökkent az elutasítók aránya, az összes válaszadót tekintve egyharmad alá csökkent.

A többségi társadalom attitűdjeinek nyomon követése mellett fontos az LMBT közösségen belül is vizsgálni a HIV/AIDS témakörrel kapcsolatos kérdések megítélését. Erre adott alkalmat a Háttér Társaság a Melegekért által az MTA Szociológiai Kutatóintézetével együttműködésben végzett „LMBT diszkrimináció 2010” című kérdőíves kutatás, mely összességében több mint 2000 önmagát LMBT emberként azonosító magyar válaszadót ért el (Dombos et al. 2011; Takács–Dombos 2012). E kutatás keretében vizsgálhatóvá vált, hogy a válaszadók szerint milyen elvárásoknak kellene megfelelniük az LMBT emberek magyarországi érdekképviselésére vállalkozó civil szervezeteknek. A választható szervezeti prioritások között 15 megadott témakört kellett rangsorolni egy-egy tízfokú skálán a szerint, hogy milyen fontosságot tulajdonítottak annak, hogy a magyar LMBT szervezetek az adott témákkal foglalkozzanak. Ezek a következők voltak:

- az azonos nemű párok házasságának a lehetővé tétele;
- a bejegyzett élettársi kapcsolat közelítése a házassághoz;
- a gyermekvállalás megkönnyítése;
- a munkahelyi diszkrimináció felszámolása;
- az iskolai diszkrimináció felszámolása;
- a nemi átalakító beavatkozások TB-finanszírozásának megoldása;
- a nemváltás jogi feltételeinek tisztázása;
- fellépés az erőszakos támadások ellen;
- fellépés a gyűlöletbeszéd ellen;

HIV/AIDS elleni küzdelem;

- az egészségtudatosság fejlesztése;
- az általános társadalmi elfogadás növelése;
- az önellátás segítése;
- az LMBT közösségen belüli sokszínűség fejlesztése;
- meglehetősen szabadidős programok biztosítása.

A függékben található 4. ábra és a 4. számú táblázat a válaszadók szexuális orientációja szerint mutatja be azoknak az arányát, akik kiemelt fontosságot tulajdonítottak egy-egy adott témakörnek. Az eredmények értelmezése során feltételezhető, hogy az LMBT-szervezeti prioritások eltérő fontossági sorrendjei az adott kategóriához tartozó válaszadók személyes tapasztalatait és elvárásait tükrözik. A leszbikus és meleg válaszadók legfontosabb témaprioritásai között az erőszakos támadások elleni fellépés és az

általános társadalmi elfogadás növelése, az önelfogadás segítése, valamint a HIV/AIDS elleni küzdelem szerepelt. Ez utóbbi témakörre a meleg és leszbikus válaszadók 87%-a szerint kiemelt figyelmet kellene fordítani. Ugyanakkor a HIV/AIDS elleni küzdelem a biszexuális válaszadók körében az első helyre került, míg a leszbikus/meleg válaszadók „csak” a negyedik helyre sorolták – ám ettől eltekintve a biszexuális és a leszbikus/meleg csoportok tagjai által legfontosabbnak választott témák sorrendje megegyezett. Ugyanakkor a biszexuális válaszadók mindössze 1%-kal magasabb arányban gondolták fontosnak a HIV/AIDS elleni küzdelem témakörét (88%) a leszbikus/meleg válaszadókhoz képest (87%). Azaz: a HIV/AIDS elleni küzdelem első helyre kerülése a biszexuális válaszadók körében sokkal inkább magyarázható akként, hogy a leszbikus/meleg válaszadók által fontosabbnak ítélt témák – azaz: támadások (90%), társadalmi elfogadás (89%) és önelfogadás (88%) – jobban érintik e válaszadói csoportot, mint a biszexuális válaszadókat.

A kérdést nemek szerinti megoszlás alapján vizsgálva a leszbikus/meleg kategórián belül elkülöníthetők a nők, a férfiak és azok, akik nem kívánták magukat se férfiként, se nőként besorolni: mindhárom alcsoport prioritáslistájának részleteit a függelék 5. számú táblázata tartalmazza. Ebből számunkra a HIV/AIDS elleni küzdelem a kiemelendő, amely nem túl meglepő módon azt mutatja, hogy a leszbikus/meleg kategórián belül a férfi válaszadók számára fontosabb a téma (88%), mint a női válaszadók számára (85%). Ami inkább meglepetésre adhat okot, hogy a női válaszadók is ilyen magas százalékban tartották fontosnak a HIV/AIDS elleni küzdelmet. Ez arra enged következtetni, hogy a női válaszadók is közösségi felelősségvállalást várnak a HIV/AIDS elleni küzdelem területén, vagy legalábbis érzékelik ennek társadalmi fontosságát, holott személyesen kevésbé érintettek.

A rendelkezésre álló magyar empirikus kutatási eredmények áttekintése alapján elmondható, hogy az utóbbi egy-másfél évtized folyamán a homoszexualitás megítélésében némi társadalmi enyhülés következett be Magyarországon, mely visszatükröződik a homoszexuálisokkal és „az AIDS-esekkel” szembeni társadalmi távolságtartás igényének mérséklődésében is. A HIV/AIDS tematika ugyanakkor továbbra is kiemelt fontosságúnak tűnik az LMBT közösségek potenciális témaprioritásai között. Itt fontos megjegyezni, hogy az általam vizsgált én-elbeszélések kontextusában a HIV/AIDS elleni küzdelem kiemelt jelentősége a gyakorlati egészségmegőrző és életmentő lehetőségeken túl a homoszexualitás és a HIV/AIDS tematikáját összemosó társadalmi stigmatizáció mérséklése iránti igényként is értelmezhető.

MEDIKALIZÁCIÓ ÉS EPIDEMIOLÓGIAI HÁTTÉR

A HIV (*Human Immunodeficiency Virus* – magyarul emberi immunhiányt okozó vírus) az embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A retrovírus családjába, azon belül is a lentivírus („lassú-vírus”) alcsaládjába tartozik és az emberi szervezet fertőzésektől óvó immunrendszerét támadja meg, azt évek alatt elpusztítva, védtelenné teszi a szervezetet más betegségekkel szemben. A vírussal való fertőződést követően olykor hosszú évek telnek el, mire az immunrendszer olyan fokú károsodást szenved, hogy fellépnek az AIDS-szel (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) összefüggő betegségek. A szerzett immunhiányos tünetegyüttes akkor alakul ki, amikor a szervezet nem képes többé legyűrni az egyébként enyhe betegségeket kiváltó kórokozókat, valamint a kórosan megváltozott sejtek rákhoz vezető burjánzását. A HIV-fertőzött személyek vére, ondója és hüvelyváladéka, valamint az anyatej tartalmaz a fertőzéshez szükséges mennyiségű vírust. A vírus csak abban az esetben juthat egy másik emberbe, ha egy HIV-fertőzött személy ezen testnedveinek valamelyike egy másik ember vérkeringésébe kerül (Pozitív szemmel 2008).

A poszt-szocialista országok némelyikében, így Oroszországban és a Magyarországgal szomszédos Ukrajnában is a 21. század első évtizedében drámaian megugrott a HIV- és STD-fertőzések száma (UNAIDS 2010). Más szomszédos államokban azonban, így Romániában vagy Horvátországban hasonló emelkedés nem volt tapasztalható. A többi régióbeli országban 2001 és 2009 között a HIV-fertőzöttek száma a következőképpen emelkedett: Szerbiában 1900-ról 4900-ra, Szlovákiában 200-nál kevesebbről az 500-at megközelítőre, Szlovéniában pedig 500 alattiról az ezret megközelítőre (UNAIDS 2010). A fertőzöttek antiretrovirális kezelésének (ART) becsült aránya nagyban eltér ezen országokban: csupán 13% Ukrajnában, 34% Szerbiában, 38% Magyarországon, 69% Romániában és 81% Szlovákiában (Havlíř–Beyrer 2012).

Az Egészségügyi Világszervezet 2011-es európai adatai szerint a kiszűrt HIV-fertőzések száma megduplázódott Magyarországon, Bulgáriában, a Cseh Köztársaságban, Litvániában, Hollandiában, Szlovákiában és Szlovéniában is (WHO 2011). Egy 2010-es Európa Parlamenti határozatban leszögezték: szilárd bizonyítékok alapján állítható, hogy az új HIV-fertőzések száma hatékonyan leszorítható a HIV/AIDS prevenció révén (EP 2010), valamint hangsúlyozták a HIV-vel élő személyekkel szembeni diszkrimináció és stigma elleni küzdelem fontosságát.

Ha összevetjük, hogy Magyarországon és a környező közép-kelet-európai országokban miként terjed a HIV-vírus, azaz a fertőzés módjait hasonlítjuk össze, meglehetősen eltérő mintázatokat figyelhetünk meg. Kelet-Európában és Közép- Ázsiában, a legjellemzőbb fertőzési mód a kábítószerfüggők közös tűhasználat, ez jellemzi Ukrajnát is. Romániára a kórházon belül szerzett (*nosocomial*) fertőzés a jellemző, ami főleg gyermekeket érintett a nyolcvanas évek végén (Novotny et al. 2003). A nőkre férfiakról áttérő fertőzés aránya azokban az országokban a legmagasabb, ahol legjellemzőbben férfiakról férfiakra terjed: Magyarországon (15,7) és Szlovákiában (8,3) kiugróan magas értékkel az európai 2,8-as átlaghoz képest (ECDC 2011). Főleg az MSM populációból származnak a horvátországi és szlovéniai új HIV-fertőzöttek is (Štulhofer et al. 2008). A HIV-fertőzés terjedési módjai közül az MSM kapcsolat mintegy 35%-át teszi ki a magyar, cseh, szlovák, horvát és szlovén adatok alapján az összes fertőzésnek; mindez összhangban van az európai 2009-es adatokkal (Likatavicius–van de Laar 2010). Mindemellett nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy Közép-Kelet Európa országaiban az MSM-re vonatkozó HIV-epidemiológiai adatok jóval korlátozottabban érhetőek el, mint a többi veszélyeztetett csoport esetében. Ezt a homoszexualitás régióbeli stigmatizációja rovására írhatjuk többek között (Božičević et al. 2009; Rhodes–Simić 2005; Štulhofer–Sandfort 2005, Takács et al. 2013).

Magyarország a statisztikai adatok tanúsága szerint a mérsékelt fertőzött országok közé tartozik, a szűrések száma azonban az Európai Unió országai között nálunk az ötödik legalacsonyabb. 2008-ban a lakosság 0,9%-a vett részt HIV-szűrésen (HIV/AIDS Surveillance 2009:60). Ez az arány azóta is 1% körül van (HIV/AIDS Surveillance 2014:86). A kiszűrt fertőzöttek mintegy felét később, AIDS stádiumban diagnosztizálják: ilyen esetekben magas, 35-40% a halálozás kockázata.

1986-tól 2013 harmadik negyedévéig (OEK 2011, 2013) 2075 HIV-fertőzöttet szűrtek ki, 648 AIDS stádiumú beteget vettek nyilvántartásba, közülük 324-en már meghaltak. 2015 harmadik negyedévére az adatok további jelentős emelkedést mutatnak (OEK 2015): 3046 HIV-fertőzöttet szűrtek ki, 834 AIDS stádiumú beteget vettek nyilvántartásba, akik közül 367-an haltak meg. Míg a 2013. március 31-én rögzített adatok szerint 2402 fő volt a regisztrált HIV-fertőzöttek száma, közülük 1840 esetben azonosították a „rizikócsoport” szerinti megoszlást, s ebből az 1840 főből szerepel 1359 a „homo/biszexuális rizikócsoportban” (OEK 2013:238), addig a 2015. december 1-jén közölt adatok szerint már 3046 volt a regisztrált HIV-fertőzöttek száma, közülük 2295 esetben azonosították a „rizikócsoport” szerinti megoszlást. E 2295 fő közül 1747 került ki a „homo/biszexuális rizikócsoportból” (OEK 2015:547). A számokból nem látszik, hogy összesen hány beteg él az országban, mert a nem

AIDS okozta halálozás, a migrációs adatok, valamint a kifejezetten HIV-szűrésre érzékeny turisták külön nem részei a nyilvántartásnak. Ma körülbelül 2600¹¹ HIV-fertőzött került az ellátórendszer látókörébe (OEK 2015). A valós esetek száma ennek 3-5-szöröse lehet.

Az egészségügyi ellátórendszer által számításba vett terjedési módok közül az intravénás droghasználat következtében fertőzöttek száma elhanyagolható, csupán 26 fő. Közülük is 23-an „importáltak”, azaz külföldi esetek (OEK 2015). Az összes fertőzött között a külföldiek aránya 20% (OEK 2011, 2012, 2013). A kiszűrt esetekre alapozva a 20-40 éves korosztály a leginkább veszélyeztetett: 2006 és 2015 közötti időszakban a korosztály alkotta a fertőzöttek mintegy háromnegyedét. A kiszűrt esetek legnagyobb része a homoszexuális és biszexuális „rizikócsoporthoz” azonosított körből származik (OEK 2011, 2012, 2013, 2015).

Magyarországon a HIV-vel élő emberek ART (*Antiretroviral Therapy*) kezelése a társadalombiztosítás által finanszírozott és megbízható módon hozzáférhető a társadalombiztosítással rendelkező érintettek számára. Az ART a HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) nagy hatékonyságú antiretrovirális terápia rövidítése. Napjainkban az ART (*Antiretroviral Therapy*) antiretrovirális terápia, esetleg a cART (*combination Antiretroviral Therapy*) kombinációs antiretrovirális terápia elnevezéssel találkozunk. Lényege, hogy a HIV életciklusa során egyszerre több helyen avatkoznak bele a HIV szaporodásába illetve működésébe. A gyógyszerek nem tudják elpusztítani a vírust, de jelentősen lassítják a szaporodását, így a betegség kialakulása is lelassul. A HAART módszer csak 1996 óta létezik.¹² E kezelés bevezetése – mintegy 15 éve – jelentős mértékben javította a fertőzöttek egészségügyi helyzetét, s akadályozta meg számos HIV-vel élő számára a korai elhalálozást. Az ART elhalálozásra gyakorolt hatásairól s annak a fertőzés korai vagy kései szakaszában való alkalmazásáról Kitahata és szerzőtársai (2009) longitudinális kutatáson alapuló tanulmányában olvashatunk részletesen.

Forradalmi lépésnek számított, hogy a vírus felfedezése után csaknem egy évtizeddel már rendelkezésre állt olyan terápia, ami ha nem is eredményezte a betegségből való teljes gyógyulást, de mindenképpen jelentősen javította az életkilátásokat. A hétköznapi életben csak „gyógyszerkocktáknak” nevezett terápia – mely legalább 3 különböző gyógyszer kombinációjából áll – drámaian csökkentette az AIDS esetek és ezzel a halálozások számát is. Hazánkban a kilencvenes évek közepétől részesülnek

11 A regisztrált, azaz kiszűrt esetek száma.

12 (Bővebben magyar nyelven:

http://pozitiván.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=104.)

a fertőzöttek kombinált terápiában, soron kívüli hozzáférési lehetőséggel és ingyenesen. Azok közül, akik ma Magyarországon HAART-ban részesülnek, kb. 75-80% munkaképes és ugyanúgy él, mint bárki más. A kombinációs kezeléssel ugyan sokkal jobb életminőséget és hosszabb életet lehet elérni, ugyanakkor a szigorú gyógyszerfigyelmet kell tartani és számolni kell a mellékhatások megjelenésével is.

Habár a HIV/AIDS továbbra is gyógyíthatatlan betegségként szerepel a köztudatban, ma már sokkal jobbak a fertőzöttek életkilátásai, mint évekkel ezelőtt. A mai kezelésekkal egy fertőzött élete hosszú évekkel, évtizedekkel hosszabbítható meg. A HIV/AIDS helyzet értékelésekor ugyanakkor figyelembe kell vennünk, hogy Magyarországon az újonnan kiszűrt HIV-pozitív esetek száma évről-évre változatlanul nő (OEK 2011, 2012, 2013, 2015): 2010-ben például az előző évhez képest 30%-kal növekedett az újonnan diagnosztizált esetek száma s az emelkedő tendencia látszik a 2012-es, vagy akár a 2015-ös adatokból is. Itt kell megjegyeznünk, hogy minden esetben csak a diagnosztizált esetek számáról beszélhetünk, nem pedig az újonnan fertőzöttek számáról. Az utóbbi évek kiszűrt eseteinek számát „rizikócsoportos” megoszlásban az alábbi (6. számú) táblázatban szemlélteti az Országos Epidemiológiai Központ.

6. számú táblázat: Az Országos Epidemiológiai Központ Epinfo hírlevelében rendszeresen frissített táblázat a regisztrált HIV-fertőzött személyek „rizikócsoportok” szerinti megoszlásáról

Év	RIZIKÓCSOPORTOK								
	Homo/ biszexuális	Hetero- szexuális	Hemofília	Transzfúziós recipiens	Intravénás kábitószert- élvező	No socomialis	Maternalis	Ismeretlen	Összesen
1985–2009	942	303	32**	23**	22**	16**	9	424	1771
2010	126	18	0	0	0	0	0	38	182
2011	106	19	0	2*	0	0	0	35	162
2012	149	24	0	1*	0	0	1	44	219
2013	163	24	0	0	1*	0	1	51	240
2014	173	28	0	0	1	0	1	68	271
2015. I-III. n. év	88	19	0	0	2	0	1	91	201
Együtt	1747	435	32**	26**	26**	16*	13	751	3046

* importált esetek ** importált esetekkel együtt

Forrás: OEK 2015:574

A „rizikócsoportos” megközelítés és megnevezés az epidemiológiai nyelvhasználatban elterjedt és kizárólagos. Azért használom idézőjelben a kifejezést, mivel e megközelítés és címkézés már magában hordozza a stigmatizációt, önmagában stigmatizáló

erejű: ugyanis nem kockázatos magatartásformák szerinti eloszlás mentén határozza meg, hogy kik azok, akik nagyobb veszélyben forognak a fertőződés szempontjából, hanem identitáskategóriák mentén katalogizál, így erősítve a HIV/AIDS szexuális orientációval kapcsolatban amúgy is jelenlévő látszatkorrelációját. Ahogy erre korábbi magyar kutatási eredmények rámutattak (Takács 2004) a magyarországi közbeszédben, illetve a médiában az AIDS és a homoszexualitás egymáshoz tartozó fogalmakként jelennek meg, s e látszatkorreláció eredményeképp a homoszexuálisok, mint egységes „rizikócsoporthoz” értelmeződnek: mintha a gyakori partnercseré és a kockázatos szexuális viselkedés nem egyén-specifikus, hanem homoszexualitás-specifikus jelenség volna, s így ők nagyobb eséllyel fertőződhetnek meg az AIDS vírussal. Ennek következtében a valós magatartás helyett gyakran a (vélt) homoszexuális csoporttagság válhat elsődlegessé a véleményalkotásban.

A „rizikócsoporthoz” megközelítés egy olyan leegyszerűsített kategóriarendszer mentén csoportosítja az egyéneket, miszerint egyes csoportok között ne lenne, nem lehetne átfedés, azaz: például egy „intravénás kábítószer-használó” ne lenne egyszerre a „heteroszexuális” vagy a „homo/biszexuális” „rizikócsoporthoz” tagja. E visszasságok is rámutatnak arra, hogy a „rizikócsoporthoz” megközelítés mennyire leegyszerűsítve közelíti meg a HIV/AIDS tematikát. Ezzel a leegyszerűsítéssel egyrészt torzulnak a HIV-fertőzéssel kapcsolatos statisztikai adatok, másrészt azt üzen(het)i bizonyos (főként többségi, heteroszexuális) társadalmi csoportoknak, hogy ők nincsenek kitéve a HIV-fertőzés kockázatának. Így a társadalom azon tagjai, akik önmagukat nem sorolják semelyik „rizikócsoporthoz”, óvatlanokká vál(hat)nak, s fel nem mérve a HIV-fertőzés veszélyét – akár kockázatos szexuális magatartásformákat is gyakorolva teszik ki magukat annak.

Ahhoz, hogy HIV-vel élő interjúalanyaink én-elbeszéléseit azzal a céllal értelmezhesük, hogy annak konkrét társadalmi hasznossága is legyen, meg kell vizsgálnunk, miként helyezkedik el témánk az egészséggel illetve betegséggel kapcsolatos diskurzusban. A téma irodalma oly nagy és szerteágazó, hogy annak vázlatos áttekintésére sincs lehetőségem, így csupán a mélyinterjúk szövegelemzéséhez általam elengedhetetlenül fontosnak tartott néhány szempontra kívánom felhívni a figyelmet.

Egyrészt arra kell összpontosítanunk, hogy a betegség miként befolyásolja a társadalmi létet s az abban betöltött, vagy betölthető szerepet (Timmermans–Haas 2008). Talcott Parsons (1951) hatására az egészség társadalomtudományi vizsgálata orvosi szociológiaként indult, majd egészség- és betegségszociológiává alakult – főleg az egészséggel kapcsolatos témák szociológiai vetületeire összpontosítva. Vagyis a társadalomtudósok vonakodtak a betegség fiziológiai és biológiai

megnyilvánulásait tekintetbe venni. Ennek eredményeképpen a szociológiai analízis több szemponttal szegényedett el: a társadalomtudósok elvétve tették meg a betegséget vizsgálódásaik központi elemévé; elemzéseik a klinikai eredmények ismerete nélkül születtek meg; valamint kevésbé hangsúlyozták az egészségügyi beavatkozások normatív szerepét. Következésképpen, a társadalomtudósok rendre szem elől tévesztik, mi is a fontos a betegek és az egészségügyi dolgozók legtöbbjének, tehát a társadalomtudósok által leírt társadalmi folyamatok a levegőben lógnak klinikai tények hiányában.

A betegségek szociológiája a betegség és a társadalmi lét közti dialektikát vázolja azt vizsgálván, hogyan befolyásolja a társadalmi életet a halandóság, és viszont. Így tehát a betegség tényét oly mértékben veszem figyelembe elemzésem során, amennyiben annak társadalmi vetülete befolyásolja a HIV-vel élők társadalmi létét. Az én-elbeszélések értelmezése során épp ezért különbséget kell tennünk a HIV-pozitív (vírussal fertőzött) állapot és az AIDS (látható tünetegyüttesel járó) állapot között. Mivel önmagában a HIV-pozitív állapot nem jár együtt „kívülről” látható, érzékelhető jegyekkel, ezért a legtöbb hétköznapi helyzetben láthatatlan marad a HIV-pozitív státuszú személy. Kivételt képeznek ez alól azok az esetek, amikor egy HIV-vel élő kénytelen felfedni státuszát, s ennek következtében tapasztal megbélyegzést, elutasítást, kirekesztést, szenved el diszkriminációt.

NARRATÍVA, KONSTRUKCIÓN, IDENTITÁS – ELMÉLETI KERETEK

Az én-elbeszélések értelmezése során – figyelembe véve azok szövegszerűségét és jelentéshez való viszonyát – az én-elbeszélésekben konstruálódó identitás és a csoporttudatot létrehozó narratív rétegek feltárására teszek kísérletet. Az elméleti kereteket ennek a célnak alárendelve jelöltem ki, élve azzal a kontextuális narratológia által felkínált szabadsággal, mely lehetővé teszi, hogy a „társadalmi hasznosság” érdekében a narratológiára mint módszertani eszközre tekintsünk (Heinen 2009).

Az elbeszélést és a történetírást a nyugati kultúra, az irodalmi kánon, s a kanonikus tudás alappilléreinek tekintjük, ugyanakkor az elbeszélések értelmezéseit illetve értelmezhetőségét, azoknak jelentését, a megtörténthez való viszonyát folyamatos kétkedés övezi, megkérdőjeleződik „valóságtartalmuk”. A metanarratíva vagy másképp a nagy elbeszélés a posztmodern filozófia egyik alapfogalma. Ez egy korszak elmélete, ideológiája, ami az egyetemesség igényével magyaráz meg történelmi, társadalmi, tudományos jelenségeket, ezzel igazolja is egyúttal létezésének, működésének módját, helyességét. A metanarratívák a magyarázat birtokában – többnyire hatalmi segítséggel – jogosultságot nyertek arra, hogy irányelveket is megállapítsanak a társadalom működtetésére nézve.

Jean-François Lyotard *A posztmodern állapot* című írásában (1993) megfogalmazza, hogy mára e metanarratívák elvesztették érvényüket, gyanakvással kell figyelniük felbukkanásukat, mert nincsenek nagy narratívák, melyekre az igazság egyetemes változatát lehetne alapozni. Az az állítás, miszerint egy kijelentés során az üzenetet vevő személy (értelmező) és az üzenet leadója (elbeszélő) teljes konszenzusba kerülnek az elme racionalitása révén, nem más, mint egy optimista feltételezés, ami a Felvilágosodás során keletkezett, azt állítván, hogy ezáltal képes az emberiség felemelésére (Lyotard 1993). Roland Barthes (1996) megközelítésében a jelölővel szemben a jelölt a végtelenségbe van távolítva, így hozzáférhetetlen. Jaques Derrida (1991a, 1991b) már egyenesen azt állítja, hogy a jelölő mögött nincs semmi: a nyelvi jel „csupán” nyom, így a jelölő és a nyom összessége ad(hat)ja ki a jelentést. A történelem és a tudomány objektivitása már Thomas Kuhn nyomán is megkérdőjeleződik (2002[1962]), – legalábbis az ő gondolkodásának hatása leginkább nyilvánvaló e témakörben. Kuhn *A tudományos forradalmak szerkezete* című művével mindazt lerombolta, amit a tudományfilozófia korábban felépített, nevezetesen a tudománynak azt a mítoszt, mely szerint a (modern) tudományos megismerés töretlenül és egyenes vonalban fejlődik, s igazságok tárházává válik. Kuhn sokat vitatott nézetei nyomán új határterület jött létre a szűkebben vett tudományfilozófia és a tudománytörténet között: a „tudományos

közösségek” és a „tudományos paradigmák” fogalmának bevezetésével. A tudományfejlődés-elmélet, a maga rohamosan bővülő, óriási szakirodalmával, melynek áttekintésére nem vállalkozhatom – s elemzésem tárgyától messze is vezetne, ha alaposabban elmerülnék a témában –, de az „objektív” és „fejlődésvű” megismerés lehetőségének elvetése szempontjából fontosnak tartom itt megemlíteni.

Foucault a jelentéstulajdonítást diszkurzív eseményként határozza meg, s felhívja a figyelmet arra, hogy elengedhetetlen figyelembe vennünk az elbeszélő személyét, szükségszerűen meg kell jelenjen az értelmezés során az (ön)reflexió az elbeszélő személyére nézve (pl. Foucault 2000). Épp ezért emeli ki azt is, hogy nem a diskurzusban folyik a harc, hanem a diskurzusért, azaz a téma-meghatározáson (McCombs–Shaw 1972) múlik az, hogy miről is beszélünk (szinte lényegtelen, hogy milyen előjellel).

Azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a felejtésnek és a szelekciónak alapvető szerepe van a narratív koherencia kialakításában (pl. Luhmann 2009). Így vagyunk képesek létrehozni olyan extradiegetikus, diegetikus és metadiegetikus vagy hypodiegetikus narratív szintekből összeálló történeteket (Genette 1983, 1990), melyeken keresztül elbeszéljük önmagunkat. Ezeken az elbeszélte történeteken keresztül konstruáljuk meg önmagunkat (elbeszélte én), s így ezek képezik identitásunk alapjait is. Ezek az én elbeszélésre szolgáló narratívák sokszor misztikusak/mitikusak épp a szelektivitás révén. Így kialakulnak azok a mítoszok és rituálék, melyek a mi-tudatot létrehozzák (pl. Eliade 1963, 1967, Lévi-Strauss 2001). Nyelvileg ez leginkább akkor érhető tetten az én-elbeszélésekben, amikor az egyes szám első személyű személyes névmás helyett megjelenik a többes szám első személyű személyes névmás (pl. Tajfel–Turner 1979, 1986).

Magát a folyamatot, ahogy történetünket elbeszéljük s azt (újra)értelmezzük, az értelmező-elméleteket alapul véve a következőképpen határozhatjuk meg: a jel önmagában létezik, s a jeláramlás referencialitás nélküli, így megszűnnek azok a viszonypontok, amiket az európai metafizika bináris logikája mentén állandónak véltünk, s megszűnik az objektív és a virtuális közötti különbségtétel (lehetősége). A szöveg és befogadója között létezik egy előfeltevés-rosta, mely meghatározza a tulajdonított jelentést, s ez az előfeltevés-rosta szükségszerűen más és más kultúrkörönként, de akár minden egyes befogadó (egyén vagy csoport) minden egyes szöveghez való viszonyában. Épp ezért az értelmező perspektíva azt feltételezi, hogy a tudás nem lehet semleges, mivel valóságot hoz létre nyelvi eszközök által, melynek célja(i) van(nak) (Griffin 2001).

Georg Herbert Mead (1973) szimbolikus interakcionizmus elmélete többek között arra mutat rá, hogy önarcképünket a másik szerepébe beleképzelve festjük meg, énképünk (tükrözött-én) a másoktól kapott válaszokból és a mások által támasztott elvárásokból tevődik össze. Az interakcionista szerint azt tudjuk, amit meg tudunk nevezni, a jelentés a nyelv *használat*a során alakul ki, s az intelligencia az a képességünk, melynek segítségével megnevezzük mindazt, amit tapasztalunk. A szimbolikus interakcionizmus révén tanuljuk meg a bennünket körülvevő világot értelmezni. A szimbólumok jelentését az emberek megtanulják, elsajátítják, de a szimbólumok értelmezése függ az egyén gondolkodási módjától is: ez a *mind*ing, amely az a rövid gondolkodási idő, ami alatt lejtásszuk fejben a lehetséges alternatívákat és megpróbáljuk kitalálni mások reakcióját. Ez tulajdonképpen egy megfelelési vágyként vagy kényszerként is értelmezhető. Az énkép megalkotásának az eszköze a nyelv, azaz: beszéd nélkül nem létezne énkép. Természetesen a számunkra fontos emberek véleménye nagyobb hatással van ránk, mint egy kevésbé fontos egyéné. A szimbolikus interakcionizmus elmélet mellett mindenképp támaszkodni kívánok Ernest Bormann (Griffin 2001) szimbolikus konvergencia elméletére, miszerint a csoporton belüli képzetársítások megosztása hozzájárul ahhoz, hogy azok egységes jelrendszerre alakuljanak, így létrejön egy fantáziakép láncreakció, mely közösségérzetet teremt, s létrehozza a csoporttudatot.

Barnett Pearce és Vernon Cronen (1980) a jelentés összehangolt szabályozásának elméleti keretében azt állítják, hogy a világ megértése tulajdonképpen kevésbé fontos számunkra, mint hogy intelligens módon részt vegyünk a világ működésében, azt gazdagítva. Az elmesélt történeteink épp ezért narratív magyarázatok, amelyeket az emberek az átélt történetek értelmezésére használnak. Ezért az elmesélt történetek értelmezése valójában már az értelmezés értelmezése az átélt történethez képest.

Amennyiben én-elbeszéléseket kívánunk értelmezni, nem hagyhatjuk figyelmen kívül az elbeszélői nézőpontot (fokalizációt), ami kijelöli a narráció fókuszát, ezzel leszűkítve az interpretáció lehetőségét (is) (Genette 1983, 1990). A narratológia tudományos diskurzusának birtokosaként az ún. nyugati kultúrát nevezhetjük meg (szándékosan nem nevezem zsidó-keresztény/kereszténynek, mivel maga a diskurzus nem fémjelvezhető ezzel a terminussal, s így vallási terminológiával félrevezető lenne meghatározni), s vádolhatjuk meg jogosan kulturális hegemoniával (Gramsci 1970). Mint a diskurzust uraló kultúra, meghatározza azon kérdéseket, tematikus fő vonalakat, melyek a tőle idegennel folytatott dialógus alapját képezik (pl. McCombs–Shaw 1972, Kuhn 2002). Így az „elnémított társadalmi csoportok” (Kramarac 2005), a kánonon kívül esők ugyan szóhoz jutnak (lásd az utóbbi idők rekanonizációs törekvéseit, melynek következtében nemi, etnikai, vallási, földrajzi stb. eredet, érdeklődés, hovatartozás

alapján kerültek be a [nyugati] kánonba műalkotások, elméleti megközelítések (Bloom 1994), de belekényszerítve őket egy róluk szóló nagy narratívába, ahol az elnémitott társadalmi csoportok gyakorlatilag némán vannak jelen, mert nem tudják önmagukat kifejezni, s nem is kifejezhetők a domináns struktúra nyelvén (Kramarac 2005). Amennyiben nem ehhez a narratívához való asszimilációról van szó, úgy a különbözőség egzotikumával felruházottan csodáljuk (persze tisztos távoból) az idegent. Azt tudjuk, hogy a kulturális narratívák identitásképző erővel bírnak (pl. Ricoeur–Blamey 1995, Ricoeur 1999) és feltevésem szerint, az identitás kialakításához szükséges mi-tudat kialakítója az azonos szertartásokon való részvétel és a közös mítoszok ismerete (pl. Eliade 1963, 1967, Lévi-Strauss 2001, Griffin 2001).

A szertartások és mítoszok leginkább a nyelvhasználat területén érhetőek tetten (példák erre a közös anekdoták, metaforák, szimbólumok, olykor megszemélyesítések). Szertartás funkcióját tölt(het)ji be például a HIV-vel élő elbeszélők esetében az orvosi kezelésen való részvétel, de akár a csoportsex vagy az óvszer nélküli anális közösülés, vagy a fétisekhez való viszony. Közös mítoszként értelmezhetőek például a biztonságos(abb) szex percepciók, vagy a HIV-terjedésével kapcsolatos tévinformációk stb.

A grammatikai elemzés mellett célszerű bevonni az elemzést segítő módszertani eszköztárból a verbális kommunikációval foglalkozó elméletek közül a beszédaktus-elméletet, ami ugyan párhuzamba állítható a társadalomtudományokban elterjedt konstrukcionista irányzatokkal, azonban (a diszciplináris különbségek okán) más szemszögből közelíti meg a nyelv(használat) valóságkonstruáló erejét.

A beszédaktus-elmélet rávilágít arra, hogy az interjúalanyok én-elbeszéléseit értelmezhetjük az identitásuk (re)konstruálására irányuló cselekvésként. „*A verbális kommunikációval foglalkozó kutatások hagyományos jellemzője, hogy a nyelvi közlést a cselekvéssel szembeállított valóságzféraként fogják fel; pusztán úgy tárgyalják, mint a valóság leírását. Ezzel a hagyományos szembeállítással szakít a beszédaktus-elmélet, mely nem egyszerűen a cselekvés irányítójaként fogja fel a beszédet, hanem mint cselekvést*” (Pléh–Terestyéni 1997:7).

A grammatikai elemzés sok esetben segíti az elbeszélt szövegek értelmezését, ugyanakkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy az egyes szövegegységek elbeszélése és megértése során is nyelviileg nem jelen lévő jelentésrétegekre is következtetünk, azaz értelmezésünkben megjelenik a „sugallt jelentés”. „*A preszuppozíciókon olyan szemantikai előfeltevéseket értünk, amelyeknek fennállását a beszélőknek fel kell tenniük abhoz, hogy a mondatoknak értelmet tudjanak tulajdonítani. [...] nem minősíthetjük őket nyelven kívülieknek, hiszen nélkülük nem tudnánk megmagyarázni, hogyan tulajdonítanak*

a beszélők értelmet a mondatoknak. [...] Ez a sugallt jelentés (Pléh–Terestyéni 1997:18-19). Mind a beszédaktus-elmélet, mind a sugallt jelentés fogalma arra hívják fel a figyelmünket, hogy a jelentéstulajdonítást ne a szavak, de még csak ne is a mondatok szintjén végezzük.

Az elmúlt ötven évben a nyelvészetben különösen erőteljesen fejlődtek a jelentéstani kutatások. A figyelem a szó jelentéséről mindinkább a mondat jelentésére tevődött át. Felhívta magára a figyelmet az a tény, hogy ugyanaz a mondat különböző beszédhelyzetekben más-más értelmet nyerhet: egy adott mondat jelentéstartalmát szöveghelyzete megváltoztat(hat)ja. Azaz: a nyelvi közlés tartalmas egységei nem esnek egybe az adott nyelv grammatikai szabályai szerint szerkesztett mondatokkal. Így el is jutottunk a nyelvészetben használt „*nyilatkozat*” fogalmához (Péter 1993).

A beszédaktus-elmélet, Austin (1990) és Searle (1997a, 1997b), hangsúlyozza, hogy a beszéd már önmagában cselekvés, azonban fő érdeme, hogy a mindennapi nyelvhasználatra, annak feltételeire és működési szabályaira irányította a figyelmet. A Searle által kidolgozott modell szerint egy nyilatkozat létrehozásával egyidejűleg három aktust hajtunk végre: „1. *Magának a megnyilatkozásnak aktusát, azaz a nyilatkozat „kimondását”* 2. *A proposíciós aktust, amely magában foglalja az utalást a valóság valamely részére és megnevezett valóságelemek meghatározott viszonyba állítását (referencia és predikáció) és* 3. *Az ún. illokúciós aktust, amelyben a megnyilatkozásnak mint cselekvésnek a célja, szándéka valósul meg*” (Péter 1993:354).

Percepcióink és elbeszéléseink nem egyszerűen a valóság tükröződései, hanem a valósághoz kialakított viszonyunkat is magukban foglalják. Mindemellett minden esetben az is szükséges, hogy azok a körülmények, amelyek közepette a szavak elhangzanak, valamilyen módon vagy módokon megfelelőek legyenek. (Austin 1990:33). A nyilatkozatok esetében sohasem azt mondjuk, hogy egy nyilatkozat hamis, hanem azt, hogy a nyilatkozat rosszhiszemű, nem beteljesített vagy valami hasonló (Austin 1990:34).

A szituáció, a szövegösszefüggés, az előfeltevések és egyéb háttérismeretek birtokában a nyilatkozatok egyértelműsítése az esetek többségében megvalósítható. A többletinformáció, amit a nyilatkozat a mondathoz képest hordoz kétségtelen. Következtethetünk a beszélő korára, társadalmi helyzetére, műveltségére, stb. A többletinformációk között van egy olyan réteg is, amelyet részben lexikai és grammatikai, részben sajátos, dinamikus rendszert alkotó, de mindenképpen nyelvi eszközök hoznak létre. E rétegbe tartozik a nyilatkozat illokúciója, cselekvési értéke, azaz a közlés célja vagy szándéka, valamint a nyilatkozat tagolása, azaz téma-réma szerkezete. A nyilatkozat cselekvési

értéke azon alapul, hogy valamiről valamit közölni szándékozunk. A téma az, amiről a beszélő szólni akar, a réma pedig az, amit közölni kíván róla. A nyilatkozat szintjén jelentkeznek bizonyos tágabb jelentéskategóriák, mint például a megerősítés, vagy az állítás, tagadás, felszólítás stb. gyengítése, jelentéktelenítése. A nyilatkozat jeltérmezését az a körülmény sem cáfolja, hogy azonos szituációkat különböző nyilatkozatok reprezentálhatnak, és megfordítva, ugyanaz a nyilatkozat különböző szituációkban alkalmazható. Mindez rámutat arra, hogy a nyelvnek vannak olyan rendszerszerű eszközei, amelyeknek éppenséggel az a feladata, hogy a nyelvet „működésbe hozzák”, alkalmassá tegyék a konkrét megnyilatkozásban végbemenő nyelvi cselekvésre. Az „emberi tényező” nemcsak a nyelv használatában, a beszédben, hanem magában a nyelvi rendszerben is jelen van (Péter 1993).

A terhelt jelentésű „nyilatkozat” szó helyett a későbbiekben, elemzésem során következetesen a „szövegegység” kifejezést használom, mely számos esetben több „nyilatkozatból” is állhat – ahogy azt nyelvészek neveznék – azonban ennek nincs jelentősége elemzésünk szempontjából.

Fontosnak tartom az elemzés során figyelembe venni, hogy miként kapcsolódik és kapcsolódhat össze a társadalomtudomány és a narratológia úgy, hogy egymást megtermékenyítsék, elősegítve a társadalmilag (is) hasznos értelmezést. Központi szerepet szánok az önreflexió megjelenésének (elbeszélői nézőpont, fokalizáció) (Genette 1983, 1990). Szintén elengedhetetlennek tartom, hogy figyelemmel legyünk arra, miként jelenik meg az objektivitás kényszere a társadalomtudományi kutatásokban – azaz az elbeszélői álláspont felszámolásának kísérlete; mennyiben lehetséges mindez narratológiai szempontból (Genette 1983).

Az én-elbeszélésekben feltárható narratív rétegek vizsgálatát megelőzően ki kell térnünk arra, hogy e különböző forrásból származó narratív rétegek milyen társadalmi közegbe ágyazódnak, ágyazódtak be. A posztkolonialista nyugati társadalmak többségi diskurzusának nyelvhasználatában a politikailag korrekt kifejezések használata kiemelt szerepet kap, különösen akkor, ha kulturális differenciákból adódó, társadalmilag kényes kérdések kerülnek előtérbe. Véleményem szerint, ennek alapvető célja, hogy az uralkodó diskurzus birtokosaiban felszámolja azt a kognitív disszonanciát (Festinger et al. 1956), amit ezen társadalmak ideológiai szövegei és a gyakorlat ellentétessége hoz létre. Az indirekt (kulturális) neokolonizáció, ha úgy teszük, kulturális hegemonia megjelenése épp az idegenről, a másról, az eltérő (szub)kulturákról szóló narratívákon keresztül ragadható meg.

Feltételezésem szerint a grammatikai, narratív elemzés teszi feltérképezhetővé, hogy mi valójában a különbség az eltérő narratív rétegek struktúrájában, így kiviláglik, hogy egy adott (kisebbségi) társadalmi csoport mennyiben képes elbeszélni önmagát. Egyáltalán képes-e saját nyelvhasználatra, ami ezt lehetővé teszi, s mely esetekben kényszerül rá, hogy a többségi diskurzus nyelvét használva törekedjen – több-kevesebb sikerrel – önmaga elbeszélésére (amennyiben elbeszéli egyáltalán önmagát).

A 20. század végétől a tudományos gondolkodás egyik központi témájaként jelenik meg a kulturális narratívákról illetve a narratív kultúráról folyó diskurzus. A narratív struktúrák jelentőségének felismerése erőteljesen befolyásolta a humán és társadalomtudományok kutatási témáinak kijelentését, mi több, kétségbe vonva a tények objektivitását, megváltoztatva a múlt–jelen–jövőről alkotott képünket, ingataggá tette a modernizmus historicitásba vetett hitét; egyúttal elbizonytalanítva a tudományról alkotott stabilnak vélt képet.

A multikulturális társadalmi mozgások, a politikai és ideológiai pluralizmus, az egyre kevésbé meghatározható identitás, nemzet, többség-kisebbség határvonalainak elmosódása (pl. Lyotard 1993) egy olyan értelmezési keretet körvonalalznak, melyben az eddig alkalmazott tudományos terminológia jelentős része könnyedén hasznatlanná válik újraértelmezés vagy legalábbis újra-kontextualizálás híján: a jelek önmagukban véve dinamikus mozgásban léteznek, szakadnak el s létesítenek új kapcsolatokat jelentésükkel. A kauzális viszonyok felszámolódása azt eredményezi, hogy a teleologikusság és a dualisztikus látásmód egy elbizonytalanított múltbeli diskurzus (nagy narratíva) jellemzői, mely narratíva anakronisztikus módon jelenik meg egy-egy uralkodó diskurzus és/vagy a kulturális hegemonia formájában. A (társadalmi) reprezentációk vonatkozásában megvalósuló narratívák az értelmező (csoport és diskurzus) horizontjából határozzák meg azokat (csoportokat és diskurzusokat) is, akik/melyek tőle eltérő struktúrákba rendeződve identifikálják magukat. Így egy olyan diskurzus jut hegemoniához, ami alapvetően egy mára érvényét veszített nagy narratíva (Lyotard 1993) mentén határozódik meg. Ebből következően ez a narratíva továbbra is a többségi és egyúttal kizárólagos érvényűnek vélt elbeszélői aspektusból értelmezi a tőle idegent. Az elbeszélő ennek folytán már interpretált, s így a maga számára érthetővé tett, identifikációját elősegítő másikat úgy beszél el, hogy nem csupán az arról szóló állításai, hanem vele kapcsolatos kérdésfeltevései is inkább sajátjai, semmint a tőle idegenéi. Így egymáshoz úgy viszonyul az elbeszélő és az elbeszél, mint alany és tárgy. Az elbeszélés tárgyává válik az idegen. E viszonyrendszer(ek)ben legtöbb esetben nyelvileg tetten érhető (s ez rámutat a nyelvileg háttérben megbúvó elnyomásra), hogy az alany viszonyul tárgyhöz, a(z el)különböző(dő) másik tárgyiasított, így a dialógus lehetősége is kizárt (pl. Buber 1999).

Sok esetben párbeszédéről, heterogenitásról, multikulturalizmusról stb. beszélünk, de mindeközben nem vagyunk képesek arra, hogy az ehhez szükséges alany másik alanyhoz való viszonyában létezzünk, cselekedjünk. Ez a tárggyá degradált helyzet teszi lehetővé, hogy a különböző textusokon (irodalmi, antropológiai, szociológiai, politikai stb.) főként a tudományos elbeszéléseken, narrációkon és a média által használt narratívákon keresztül szerezzük ismereteinket (pl. Gerbner 2000, Griffin 2001). Ennek szemléltetéséhez példaként szolgáltatathat a Walter Benjamin (1980) *A műfordító feladata* című írásában részletezett probléma: a cserepek és az edény viszonylatában. Benjamin a műfordítás nehézségeiről ír, arról, hogy szinte emberfeletti feladat egy másik nyelven visszaadni azt a jelentést, amit az eredeti nyelven egy adott textus jelentett. A műfordítás kapcsán részletezett probléma abban jelesül, hogy ez esetben nyelvről fordítunk nyelvre, azaz: a(z el)beszélő által már a nyelviesülés folyamatában interpretált elgondolásaihoz férünk „csak” hozzá. Gondolatai érvényesek akkor is, amikor egy idegen (szub)kultúrát próbálunk elbeszélni saját nyelvünkön. Szükségszerűen extradiegetikus narratívát (Genette 1983, 1990) hozunk létre (fordítás útján!) a Másikról. Azaz: úgy beszélünk el egy történetet narrátorként, hogy magának a történetnek nem vagyunk aktív részesei, szereplői. Ez jó esetben kiadja ugyan az „eredeti” edény formáját, de a cserepek illesztésének helyei meglátszanak, így egy töredékes képet kapunk.

Mindez nem jelenti azt, hogy ki tudunk lépni saját narratív kereteinkből, hogy kulturális identifikáción alapvető eszközét fel kellene adnunk, csupán arra kívánom felhívni a figyelmet, hogy ennek töredékességét lássuk be. Nem egyszerűen ismereteink töredékesek, hanem megismerési módszereink is azok; így szükségesnek mutatkozik, hogy a lehetséges interpretációk sokasága előtt nyissuk meg magunkat; különösen azok előtt, melyek nem ágyazhatók be saját narratív kereteinkbe, teleologikus rendbe, hanem a mi valóságképünkhöz képest teljesen eltérő rend(?) alapján szerveződnek. A tényleges dialógushoz nem a szüntelen kérdésfeltevés, hanem az aktív hallgatás szükséges (Gordon 1990).

A narratológia eredményeit és eszköztárát elemzésemben a „kontextuális narratológia” (Darby 2001, Heinen 2009) elméleti keretein belül használok fel. A kontextuális narratológiával foglalkozó narratológusok egy része egy konstruktivista álláspontból állítja, hogy a valóságos életből származó narratíváknak vajmi kevés közül van bármiféle külső vagy belső valósághoz; sokkal inkább arról van szó ezek esetében, hogy a történetet mesélő elbeszélő „konstruálja a narratíváját annak érdekében, hogy utólagosan értelmet adjon a tetteknek és a kritikus eseményeknek – illetve föl fogja őket” (Soderberget idézi Heinen 2009:199). Mindezt ötvözőm azzal a másik típusú narratológia-értelmezéssel, ahol a narratív megközelítésre egy „analitikus és metodológiai eszközként” (Kreiwirth-et idézi

Heinen 2009:199) tekintünk, miközben a diszciplína felől érdekes jelenséget vizsgáljuk. Ezek széles skálájába beletartozhatnak betegségek pszichológiai és fizikai kutatása, ezek társadalmi vetületei – általánosabban fogalmazva pedig mozgatórugók és tapasztalatok (Heinen 2009).

Az ilyen típusú narratológia megjelenése a társadalomtudományokban, mint például a pszichológia, szociológia és politikatudomány, a „pozitívista paradigma hagyatékának” fölosztásához köthető; jelesen azon területeken, amelyek a bölcsészettudományoktól való elhatárolódásuk közepette ragaszkodtak ahhoz, hogy valamiféle tudományos metodológiájuk legyen. E diszciplínák kontextusába a narratológia a hagyományos kvantitatív módszereket: a kísérleteket, kérdőívezést, vagy vizsgálatokat túl merevnek ítélve, az emberi tapasztalat komplexitását szem előtt tévesztő metodológia alternatívájaként épült be. A kvantitatív megközelítéssel szemben a narratológiai tehát az egyénre összpontosít, jelentőséget tulajdonít a kulturális közegnek, és a „pluralizmust, relativizmust és szubjektivitást” hangsúlyozza. Mindezek ellenére a „narratíva” nem egy teoretikus háttér, inkább egy mindennapos kifejezésként lép be a beszédbe és leggyakrabban nem más, mint egy metafora arra, amint a tapasztalat konstruktív és szubjektív vetületeit fedi föl (Heinen 2009).

Értelmezési keretem narratológiai vonatkozású háttéréül szolgáló elméleti keretek tehát a kontextuális narratológia szempontjai szerint kerültek kiválasztásra és felhasználásra, azaz: a HIV-vel élők én-elbeszélései társadalmi szempontból való megértésének érdekében végeztem szövegszerű elemzést.

AZ ÉN-ELBESZÉLÉSEK NARRATÍV RÉTEGEI

Narratív, félig-strukturált interjúk elemzésére építkezve, a narratológia irodalmának eredményei – annak mind humán- mind társadalomtudományi vonatkozásait bevonva – jelölik ki azt az értelmezési horizontot, ami mentén a magyarországi HIV-vel élők társadalmi helyzete, elutasítottságuk, kirekesztettségük, diszkriminációs tapasztalataik és integrációs lehetőségeik szövegszerű elemzésével lehetővé válhat. Ismételten hangsúlyozni kívánom, hogy szövegszerű elemzésekről van szó. Az interjúk során elbeszélte történetekkel, történettöredékekkel találkozunk, amit a megélt történetek nyelvi nyomaként értelmezek (Derrida 1991). E nyelvi nyom több okból is elkülönбöződik a megélt történettől.

1. Legelőször is nem hagyhatjuk figyelmen kívül a nyelviesülés (pl. Mead 1973) folyamatát, azaz a tapasztalatok szavakba öntését, amikor az elbeszélő igyekszik az általa nem nyelvi szinten megéltet megfogalmazni, elbeszélni. E megélt történetekre nem minden esetben találjuk a szavakat, másrészt az elbeszélők verbális készsége, nyelvi kompetenciája is befolyásolja, hogy milyen nyelvi eszközök birtokában van, így mennyire képes elbeszélni (nyelvi performancia) életét, életének egy-egy aspektusát, önmagát (Chomsky 2003).

2. Fontos tényező, hogy egy-egy interjú felvételekor szerepekbe kényszerített interperszonális aktus jön létre, azaz a HIV-vel élő interjúalany és a HIV-vel élő személyt interjúzó találkozik, kommunikál egymással (pl. Trompenaars–Hampden-Turner 1997). Így az elbeszélés e szerepviszonyok által meghatározott korlátok között jön létre; ezzel be- vagy körülhatárolva a lehetséges témákat, szempontokat, elbeszélői nézőpontot, s nem utolsósorban a befogadói horizontot is.

3. Különös jelentősége van ennek a téma stigmatizáltsága (Goffman 1963) okán. Mivel a HIV-pozitívitas, a HIV-vel élő emberekhez való csoport-hovatartozás stigmatizált, ezért az interjúalany, mint e stigmatizált csoport tagja nyilvánul meg, tulajdonságainak összessége közül erre reflektál elsősorban.

4. Az interjúalany viszonyulását az interjúzóhoz meghatározza, hogy feltételez egy (általa fikcionált) elvárási horizontot (pl. Gadamer 1984, Jauss 1997, Koselleck 2003), s az ennek való megfelelési vágy által ösztönözve olyan történetet próbál (re)konstruálni (Mead 1973), ami beleillik ebbe a keretbe.

5. Ez a fikcionált elvárási horizont többrétegű, s e rétegek – jó esetben – nyelvileg tetten érhetők, felfejthetők.

a) A legkézenfekvőbbel kezdve: van egy személyes, interperszonális réteg, ami abból adódik, hogy én, az elbeszélő HIV-vel élő vagyok (egy stigmatizált csoport tagja), s jelenleg egy olyan elbeszélést kell létrehoznom, ami egy (feltételeztem) HIV-negatív státuszú számára is érthető és elfogadható. Azaz, egy többségi normarendszerként érzékelt elvárásnak igyekszem megfelelni.

b) A HIV-negatív státuszú többség ismer egy HIV-pozitív státuszúakról szóló diskurzus(foszlányt) – ez főként az epidemiológiai nyelvhasználatban ölt testet –, aminek a nyelvi kódjai (feltételezhetően) bárki számára érthetőek, aki azonos nyelvközösség tagja, így HIV-vel élőként igyekszem e nyelvi kódok összességét alkalmazni az elbeszélésben.

c) Ugyanennek a többségi diskurzusnak részét képezi számos hiedelem és előítélet, s mivel ebben a diskurzusban próbálok elbeszélni magamat, feltétlen szükségét érzem annak, hogy reflektáljak ezekre a hiedelmekre és előítéletekre.

d) Az e diskurzust alkotó narratív rétegből ismerhetünk jó pár konkrét vagy általános elbeszélt történetet a HIV-pozitivitásról vagy egy-egy HIV-vel élő emberről, s ezek képez(het)ik azt a közös valóságálapot, ami által érthetővé válok én, a HIV-vel élő elbeszélő a többségi diskurzust beszélő értelmező számára.

e) E közös valóságálap megerősítését szolgálják további elbeszélt és elbeszélhető történetek, amiket nem ebből a többségi narratív rétegből merítünk, hanem a többi HIV-vel élő által elmeséltekből.

Az eddigi rétegek mindegyikének használatakor nem saját, személyes megélt történeteket nyelviesítek, hanem már nyelviesült történeteket fogalmazok újra, (re)konstruálok (pl. Pearce–Cronen 1980, Ernest Bormann elméletét foglalja össze Griffin 2001).

6. Végül, de nem utolsó sorban – nyelvileg is tetten érhető formában –, a személyesen megélt történetek, tapasztalatok elbeszélésrétege is felfejthető. E réteg alkotja az én-elbeszélések azon részeit, amikor a HIV-vel élő interjúalany elénk tárja saját diszkriminációs tapasztalatait, kirekesztettségének megélését, félelmeit, kommunikációs – verbális és nem verbális – stratégiáit s főként az én-védelmi mechanizmusok által vezérelt életviteli stratégiáit.

Ahhoz, hogy e rétegek felfejthetőek legyenek Genette (1983, 1990, 1996, 2006) elbeszélések értelmezéséhez felkínált diegetikus szintjeit veszem figyelembe. Genette három szintet különít el:

- I.) az extradiegetikus szint, ez az elbeszélttség szintje, a narrátoré, azé a narrátoré, aki nem része az elbeszélésnek, amit éppen elbeszél;
- II.) a diegetikus szint, ez a szereplők szintje, a szereplő beszél;
- III.) a metadiegetikus vagy hypodiegetikus szint, amikor a diegetikus narrátor maga mondja el a történetet. Az elemezni kívánt HIV-vel élők én-elbeszéléseiben mindhárom szint fellelhető.

E mellett – szintén Genette munkásságára alapozva – figyelmet kívánok fordítani a narratív nézőpontra, azaz, hogy kinek a szemszögéből történik az elbeszélés: a narrátor lehet résztvevő vagy nem résztvevő. A narratív mód figyelemmel kísérésére is szükség van, hiszen nem csak az a fontos, hogy éppen ki meséli a történetet, hanem annak mikéntje is, annak minősítése, kommentálása stb. A narratív nézőpontok feltárásakor az elbeszélő által használt grammatikai szám és személy figyelembevétele segíti a beazonosítást. Ha akár egyes szám, akár többes szám első személyű (én, mi) a kijelentés, akkor a nézőpont az elbeszélőé. Ha második személyű („és akkor így nem tudod eldönteni, hogy mi történt...”), vagy egyrészt igyekszik az elbeszélő bevonni a hallgatót/olvasót, és/vagy az elbeszélt történetet elidegeníti, eltávolítja magától. Ez a második személyt használó elbeszélésforma interaktív, sok esetben arra készíti a befogadót, hogy reagáljon. A harmadik személy használata nagyon ritka az én-elbeszélésekben (legtöbb esetben ekkor is többes szám harmadik személy), de kiemelt jelentőségű: használata teljesen elidegeníti az elbeszélőt az elbeszélt történettől, az objektivitás látszatát kelti, s az én-elbeszélésben megszokott és elvárható omniszciens narrátor szerepét felcseréli egy korlátozott tudású narrátorra az elbeszélő. Esetünkben ez leggyakrabban úgy fordul elő, hogy a HIV-vel élő én-elbeszélő „általában” beszél a HIV-vel élőkről, s ekkor nem a „mi” személyes névmást használja, hanem az „ők” személyes névmást.

Elemzésem során figyelemmel kívánok lenni az explicit és implicit ellipsziszekre (Genette 1996)¹³ is. Az ellipszis olyan hiány, amely a nyelvi kontextusból rekonstruálható. Az explicit ellipszisznek nyelvi nyoma van (pl. „néhány év múlva...”), míg az implicit ellipszis „hiányában van jelen”: jelenléte nincs a szövegben kimondva, csak kikövetkeztethető valamilyen kronológiai hiányosságból vagy a narratív folytonosság feloldásaiból. Az ellipszisek számos esetben világítanak rá a szövegekben

¹³ Nem foglalkozom a Genette (1996) által meghatározott harmadik típusú, hipotetikus ellipszissel, mivel elemzésem szándékainak szempontjából csekély volna ennek hasznossága.

megbúvó jelentésrétegekre és -mezőkre, segítségükkel jobban megérthetjük az én-elbeszéléseket, s következtetéseket vonhatunk le interjúalanyaink (megélt) történeteire vonatkozóan.

Ahhoz, hogy a sokszor fragmentált én-elbeszélések egységes szövegkorpuszként¹⁴ elemezhetővé váljanak, kézenfekvő megoldás azok „tematikus rendezése”. Azaz: a mélyinterjúban egy-egy fő téma köré csoportosítható szövegegységek horizontális összevetése, ami azt a célt szolgálja, hogy felfedhessünk mintázatokat, illetve kitűnjenek az irreguláris, egyedi esetek az én-elbeszélésekben. Ezért az én-elbeszéléseket a strukturális kódolás módszerét használva rendeztem kódkönyvbe az elemzéshez. Ez elég szokatlan módszer én-elbeszélések narratív értelmezésekor, ugyanakkor épp a narratológia elméleti megállapításai juttattak arra következtetésre, hogy e módszer megfelelő, hiszen egy én-elbeszélést értelmezve már az értelmezés során (sőt az elsődleges „olvasat” során is) önkéntelenül rendezzük lineáris struktúrákba az elbeszélésekben kikerekedő történetet, ami a mélyinterjúban nem-lineáris struktúráként van jelen. Így tulajdonképpen az értelmezést megkönnyítendő célszerű a strukturális kódolás módszerét alkalmazni.

14 Szövegkorpusz alatt a 28 mélyinterjú összességét értem.

A MÉLYINTERJÚK ELEMZÉSE A STRUKTURÁLIS KÓDOLÁS MENTÉN

Az én-elbeszélések strukturális kódolása a mélyinterjúk elkészítésekor használt nyitott kérdésekből álló kérdőív fő témakörei alapján készült el, s került kódkönyvbe. A fő témakörök a következők voltak: kapcsolati jellemzők, HIV-fertőzés percepciók, szexuális gyakorlat, társadalmi hálózatokba való (*social network*) beágyazottság, intézményi támogatás, valamint stigmatizációs és diszkriminációs tapasztalatok. Az értelmezés során az e kódkönyv által kijelölt szövegegységeket tekintem elemzési egységnek.

KAPCSOLATI JELLEMZŐK: CSALÁD, VÁLASZTOTT CSALÁD¹⁵

A családi kapcsolatok gyengébb – vagy gyengülő, akár megszűnő – ereje miatt felértékelődik a „választott család” (*family of choice*) szerepe HIV-vel élő interjúalanyaink életében. Némelyikük esetében ez a melegségükkel függ össze: vagy az előbújás (*coming out*) következtében, vagy életük e szegmensét eltitkolva elhidegülnek, elidegenednek vérszerinti családjuk tagjaitól, s elsődleges támogató rendszerüket a barátaik biztosítják.

A *választott család* szempontú megközelítések szerint inkább a választható, semmint az eleve adott kapcsolatok biztosítják a törődést és támogatást, inkább választott személyekkel bizalmas és intim a viszony. A választott család jelensége sokszor legletisztultabb formában a nem-heteroszexuális családformákban érhető tetten (McCarthy–Edwards 2011). A „választott család” megközelítések politikai jogegyenlőségi kontextusba ágyazódva alakultak ki és hangsúlyozódtak az Egyesült Államokban a homoszexuális életformák elfogadásának érdekében (Weston 1997). A HIV/AIDS kontextus jelentősen befolyásolta a választott család jelenségének megerősödését, mivel sem a vérszerinti családi támogatórendszerek, sem a politikai, állami szervek nem tudtak kielégítően reagálni a HIV/AIDS jelenségre, ezért az LMBT-emberek körében még nagyobb jelentősége lett a baráti kapcsolatok által biztosított törődésnek és támogatásnak. (McCarthy–Edwards 2011).

A családi viszonyokat elemezve találjuk szembe magunkat azzal a nem elhanyagolható szemponttal, hogy nehezen szétszálazható a melegséggel (homoszexualitással) kapcsolatos stigma, valamint a HIV-stigma. Interjúalanyaink beszámolóiban e két egymásra rétegződött stigma a legtöbb esetben úgy választható szét, ha annak grammatikai nyomai vannak, s azokat megkeresve tudunk rámutatni a jelentésbeli különbségekre:

¹⁵ E fejezet egy korábbi változata megjelent a Magyar Tudományban (P.Tóth 2016).

első renden a sorrendiségre, időbeni egymásutániságra utaló jelek vagy szavak utalnak arra, hogy e rétegzett stigma bár első ránézésre kibogozhatatlanul összefonódik, az alaposabb elemzést követően azonban lefejtethetők egymásról. Olykor azonban lehetetlen e két stigmát különválasztani az elbeszélésekben, amikor semmiféle grammatikai különbség nem utal a szétválaszthatóságra; ennek az elbeszéléseinkben két feltárható oka van. Az egyik magában a sztoriban rejlik: egy-egy interjúalany HIV-pozitív státuszának „*coming-out*”-ja időben egybeesik melegségének „*coming-out*”-jával, így tulajdonképpen ő maga is úgy éli és fogalmazza meg idevonatkozó tapasztalatait, hogy e stigma egybeesnek, vagy legalábbis képtelen szétválasztani őket. A másik ok, amikor az elbeszélés töredezettsége – vagy az interjúalany verbális készségei, nyelvi kompetenciája és/vagy performanciája – nem teszi lehetővé, hogy beazonosíthassuk, mikor melyik stigamára utal az elbeszélő.

A melegség családban való felfedésével kapcsolatos tapasztalatokra rátérve előzetesen meg kívánom jegyezni, hogy általánosságban elmondható: a legtöbb interjúalany esetében szexuális orientációjának „*coming out*” témája szinte kizárólag a családi kapcsolatokról szóló beszámolóiban merült fel, a baráti kapcsolatokéban alig. Ez magyarázható azzal az egyszerű – és közhelyes, ám igaz – megállapítással, hogy míg barátokat magának választ az ember, addig a családtagok adottak.

Értelemszerűen különbséget kell tennünk az egyes interjúalanyok között figyelembe véve élethelyzetüket; például nem elhanyagolható különbség, hogy ki kivel él egy háztartásban. Önmagában azonban az az információ, hogy kivel él egy háztartásban valaki, még nem magyarázat a viszonyrendszerekre. Fontos lehet az életkor (ezt minden esetben jelzem is), ugyanakkor a munkaerő-piaci státusz is befolyásolja a viszonyrendszereket: eltartott-e az illető, diák-e, hajléktalan-e; ugyanígy a találkozások sűrűsége és minősége is befolyásoló tényező. Az azonban, hogy az elemzés során az összes jellemzőt figyelembe vegyük, már parttalanná tenné az interpretációt (s ennek oka még az interjúk alacsony elemszáma is). Az interjúalanyok fő szociodemográfiai jellemzőit, ahol a fent említett adatok fellelhetőek az 1. számú táblázatba rendezve a 24. oldalon.

A családtagoknak az interjúalanyok szexuális orientációjára vonatkozó ismerete vagy nem ismerete igencsak vegyes mintázatot mutat. A „*coming out*” vagy annak hiánya magyarázatok egész sokaságát sorakoztatja fel különböző elbeszélőknél, s ezek következményei is igen változatosak. Az elfogadás és az elutasítás mértéke minden esetben különböző. Attila (35) arról számolt be, hogy a családjában egyfajta (el)hallgatás jellemzi a melegséget; nem beszélnek erről a témáról, annak ellenére, hogy párkapcsolati viszonyban is megjelent köreikben, azaz teljesen nyilvánvaló a melegsége, de amolyan „ne szólj szám, nem fáj fejem” tudás ez:

„Konkrétan nem szoktunk róla beszélni, tebát én a családban, a családban nem vagyok [nyíltan meleg]. Hát nyilván tudják, mert az összes barátomat ismerték meg ismerik. Együtt megyünk a barátommal hozzájuk, úgyhogy ezzel senkinek semmi problémája, de nem beszélünk róla. Tebát nem volt beszédtema” (Attila 35).

Miki (42) ezzel szemben arra hívja fel a figyelmet, hogy bár a családban mindenki számára tudott dolog a melegsége, de ez nem feltétlenül azért van így, mert megosztotta volna az egyes tagokkal ezt az információt, hanem azért, mert azok, akikkel megosztotta, nem tartották ezt titokban a többi családtag előtt, „elpletykálták”: *„A családból most már mindenki tudja, vagy mert elmondtam, vagy a családtagok elpletykálták”.* Az eddig idézett két interjúalany nem számolt be a családtagjaival kapcsolatban semmiféle konfrontációról, de a megkérdezett HIV-vel élők többsége már nem volt ilyen szerencsés. Edömér (38) arra az elterjedt reakcióra mutat rá, amiben a melegség mint pillanatnyi eltévelyedés, mint múltó állapot jelenik meg. Az elutasítás – morális ítékezés – megtapasztalása egy olyan beszédmódban történik, ami egyrészt magában foglalja azt a diskurzust, amelyben a melegség betegségként értelmezendő, másrészt épp e betegségdiskurzus részeként kapcsolódik hozzá a (ki)gyógyulás lehetősége. Az már csak egy logikai csúsztatás az egész érvelésben, hogy a „betegségből” való „gyógyulás” pusztán szándék és akarat kérdése, mintha jellemzően a betegségeket pusztán akarattal gyűrnék le az emberek.

Edömér (38) elbeszélésében ezt a következőképpen fogalmazza meg:

„Jó pár évvel ezelőtt romlott meg a kapcsolatunk [a szüleimmel] azgal, hogy nem fogadták el, hogy meleg vagyok. 18 éves voltam, mikor volt egy jóakaróm: felhívta az apámat és közölte vele, hogy buzi vagyok. Aztán elmentünk az apámmal sétálni és rákérdezett, hogy buzi vagyok-e? Igen az vagyok, mondtam. Jó akkor van 10 perced, hogy befejezd. Ilyen családi dráma volt az egész. Akkor mondták, hogy van x idő, hogy azt az egészet befejezd. Mert szerintük ez egy olyan, mint az influenza vagy egy megfázás, és szerintük ezen lebet változtatni” (Edömér 38).

Ebben az idézetben már észrevehető, hogy a melegség kiderülésével (ebben az esetben óvatosan használnám a felvállalás szót, mivel akaratlan történésről van szó) az elutasítás és meg nem értés mellett megjelenik a megszégyenítés is. Interjúalanyunk nem tért rá ki külön, de a szóhasználatából kiderül: Edömért lebuzították, mi több, saját apja buzizta le.

Krisztián (37) már egész konkrétan számol be arról, hogy miként alázták meg, szégyenítették meg az egész család előtt melegségének felvállalása miatt. S míg mondanójában az hangzik el, hogy az el nem fogadás következménye a családból való

kitagadás volt, ezzel együtt családtagként való negligálása, akivel nem foglalkoznak többé, huszárvágással tér át egy kissé későbbi eseményre, ahol az egész család előtt pellengérré állítva szegényítik meg egy közös szertartás keretében: „*a szüleim nem fogadták el azt, hogy meleg vagyok; kitagadtak. Amikor kiderült, hogy én meleg vagyok, onnantól kezdve nem foglalkoztak velem. És akkor összehívták a családot rá egy fél évre, és bemutatták, hogy így néz ki egy mocskos buzi. És akkor el kellett mennem otthonról. Nagyon sokszor próbáltam úgymond visszakönyörögni magam, hogy rendezzük ezt az állapotot*”. A megalázó családi szertartást követően, ahol rituálisan kitagadják, számkivetettnek érzi magát, s próbál visszatérni ebbe a mikroközösségbe; sikertelenül. Ezek után csöppet sem meglepő, hogy a megtapasztalt melegség-stigma élménye után nem arról számol be, hogy megosztotta volna bárkivel is családtagjai közül HIV-pozitív státuszát; az mintegy „véletlen” jut édesanyja tudomására. „*A pszichológus hölgy felkereste az édesanyjamat. Az édesanyjának elmondta, hogy beteg vagyok. Azt mondta az édesanyám, ha majd baldoklom, akkor kíváncsi rám, de addig nem*” (Krisztián 37). Édesanyja kifejezésre juttatja, hogy egyáltalán nem kíván a fiával törődni, holott azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy bár interjúalanyunk nem ad külön magyarázatot erre elbeszélésében, egy pszichológus hölgy a hírvivő: azaz a szituáció minden résztvevője számára egyértelmű, hogy lelki segítségnyújtásra volna szüksége. Szinte tapintható a sztoriban a „*cry for help*” nyoma.

Ennél sokkal egyértelműbben fogalmazza meg Ákos (22) történetének elbeszélésében, hogy öngyilkossági kísérletet is követett el, emiatt ugyan megtudták szülei pozitív státuszát, de azóta e témát hallgatás övezi: „*Öngyilkos akartam lenni. Szüleim megtudták, miután gyógykezelés alatt álltam. De sosem beszéltünk róla azóta*”. Elek (27) szűkszavúan osztja meg velünk élményeit, amikor megfogalmazza azt, hogy bár édesanyját meg rázkódtatásként érte a hír, de már túltették magukat a helyzeten. Ugyan, az nem egyértelmű számunkra, hogy egy ez az állapot megértést, elfogadást és lelki, szellemi feldolgozást jelent-e, vagy a már ismert (el)hallgatás, a szőnyeg alá söprés történt-e: „*Mindenki tudja. Az anyukám sírt, meg mittudomén, túl vagyunk azon*”. Számos esetben számoltak be arról interjúalanyaink, hogy egyes családtagok tudnak a HIV-pozitív státuszukról, mások pedig nem. Különösebb magyarázat nélkül marad Kozsó (37) elbeszélésében, hogy miért csak a bátyjával osztotta meg ezt az információt: „*a családból csak a bátyám [tudja]*”. Ugyanígy, szinte magyarázat nélkül, meséli el Edömér (38), hogy édesapja előtt nem fedte fel státuszát, bár megfogalmazása azt engedi sejtetni, hogy édesanyjával bensőségebb a viszonya. Erre utal szóhasználat, amikor először szülőket említ, majd rögtön kiderül, hogy ezalatt tulajdonképpen csak édesanyját érti: „*Szüleim tudják, hogy HIV pozitív vagyok. Édesanyám tudja, az édesapám nem tudja*”.

Gergő (46) egy bonyolult családi viszonyrendszert vázol fel előttünk, ahol az édesanya reakciója a kitagadás volt, míg a húga s annak gyermekei részéről elfogadást tapasztalt.

S bár kényszerhelyzetből fakadt, de még húga egyik gyermekét is nevelte egy ideig azonos nemű párjával együtt:

„Amikor kiderült a homoszexualitásom, kitagadott lettem. Anyám kitagadott. Sosem békültünk ki. Az én köreimben mindenki tudja, az anyám, a testvéreim, a gyerekei, hogy homoszexuális vagyok és HIV-pozitív. Én sem tudom, mikor derült ki a melegségem. Valószínűleg sejtették, gyanították. Amikor jó volt a kapcsolat a húgommal és a gyerekeivel, akkor a barátaimat bívtam a családi rendezvényekre. Az egyik gyerek sajnos gyámság alá került, és én lettem a gyámszülője, hozzáam került, és neveltem. Akkor ott volt a barátom, természetes volt, együtt éltünk, Elmagyaráztam neki, hogy én egy kicsit másképp élem az életemet. Nem feltétlenül követendő példa, próbáljunk meg egymás mellett élni a normákat betartva. Akkor ez működött” (Gergő 46)

Érdemes külön figyelmet szentelnünk Gergő (46) mondandójának záró gondolat-körére ebben az idézetben: valamiféle közösen elfogadott normára hivatkozik, amiben a gyermekkel való együttélést lehetségesnek gondolta, bár nem fejt ki, hogy pontosan mit is ért ezalatt. Ugyanakkor önreflexiójában azt fogalmazza meg, hogy az ő meleg-identitása, különösen annak azonos nemű párkapcsolatban való manifesztálódása, nem elfogadható a többségi norma alapján; mi több, internalizálva e többségi heteronormativitást, saját magát nem követendő példaként említi a gyermeknek.

A 28-ból mindössze két interjúalanyunk számolt be arról, hogy a családjá elfogadó, megértő, támogató lett vagy maradt a HIV-pozitív státusz felfedését követően. Egyikük részletes magyarázatot is fűz a mellé, hogy az egyes családtagok miként reagáltak, hogyan fogadták el helyzetét, támogatták, s hogy ennek mi lehetett az oka. Kitér arra, hogy sokgyermekes családban nőtt fel, így valószínűleg az átlagtól eltérően reagáltak így egyes családtagjai, hiszen nem oly nagy veszteség számukra, hogy a sok gyerek közül egy nem felel meg az elvárásoknak (akár a melegségre vonatkoztatva, akár a HIV-fertőzéssel kapcsolatban):

„Az egész családom tudja, néhány kolléga. A családom fogadta jobban. Azt hamarabb tudták, hogy meleg vagyok. A családban a két unokahúgom sírva borult a nyakamba és azt mondták: Te akkor is a bátyusunk vagy! – és a mai napig semmi nem változott. Anyám pedig azt monda, hogy úgyis tudjuk, hogy le fogod gyógyítani. És legyőztem. Elfogadták, nem okozott ez problémát, apámban sem, vidéki bányászcsalád a miénk, tízen vagyunk testvérek. Testvéreimnek is több gyereke van, tehát már csak ezért sem volt probléma, nem zavarta meg apámat sem. Egyikéknél biztosan nebezebb. Egymás után [tudták meg], a melegség volt előbb, azt kezdettől fogva tudták.” (Feri 44).

Az átlagos(nak vélt) fogadtatáshoz képest Feri rámutat önmaga különlegesként érzékelt helyzetére, s a család elfogadó-támogató reakcióit a sokgyermekes családi

helyzettel magyarázza, ugyanakkor külön hangsúlyt kap a beszámolóban édesapja szerepe: *még az apának sem okozott problémát*. Az apai kapcsolatról többet nem is említ, tehát az apával szemben támasztott elvárás alacsonyabb volt, tőle nem feltétlenül várt támogatást, az bőven kielégítő számára, hogy az apja nem konfrontálódott vele. Ezzel szemben példákkal illusztrálva mutatott rá arra, hogy miként kapott támogatást többi családtagjától, édesanyjától és unokahúgaitól lelki támaszban is részesült. Az édesanya támogatásáról számol be másik interjúalanyunk is, Ödön (42), aki egy békés szimbiózis-ként ábrázolja anyjával való kapcsolatát: *„Édesanyám mindig jön, meglátogat, segít, ha kell, bevásárlás, takarítás, jól esik, hogy segít – ez neki is egy feladat és tevékenység”*.

Többen a HIV-pozitív státusz család előtt való leplezését választják, amelyre különböző magyarázatokat adnak. Móric (31) például feltételezi, hogy elfogadásban részesülne, de nem akarja családját fölöslegesen „*zaklatni*” ezzel az információval. Ugyanakkor megfogalmazásában érdemes arra figyelni, hogy melegségét is „*feldolgozták*”, azaz feltételezi, hogy a HIV-pozitív státusz felfedése egy hasonló feldolgozási folyamattal járna. Így az információ visszatartása nem pusztán a családtagok lelki békéjének védelmét szolgálja, hanem egyben Móric önvédelmi stratégiájának is a része. Amíg nem mondja el, addig nem teszi ki magát az ezzel kapcsolatos (előfeltételezetten) negatív élményeknek; sem a HIV-stigmával nem kell számolnia, hiszen látható jelei még nincsenek fertőzöttségének:

„Hát a melegséget, azt ugye tudják – feldolgozták azt is. Azt is fel tudnék. Nem, amíg egészségesnek érzem magam, addig nem zaklatom ezzel őket. Nem látom célszerűnek elmondani, amíg nem látszik, vagy nincs jele, addig minek” (Móric 31).

Etele (52) bizonytalankodást mutató véleményének idézésekor mindenképpen figyelembe kell vennünk azt a tényt, hogy az interjú felvételének időpontjában egészen frissen értesült HIV-pozitív státuszáról, mindössze egy hónapja tudta meg, hogy fertőzött. Ugyanakkor az sem hagyható figyelmen kívül – ez pedig magyarázat arra is, hogy friss fertőzöttként miért is vállalkozott interjúra, illetve miért „összeszedett” én-elbeszélése –, hogy fertőzését megelőzően évekig dolgozott már a HIV-prevenció területén mint aktivista. Mindezek fényében Etele szavai már önmagukért beszélnek:

„A családom még nem tudja. Anyámnak nem fogom elmondani, mert 77 éves, és minek. A volt feleségemnek nem tudom még, hogy el fogom-e még mondani. A gyerekeim... a lányomnak elmondom majd biztosan, de nem tudom, még mikor” (Etele 52).

Ákos (22) arról számol be, hogy bár szüleivel nem osztotta meg, hogy HIV-val élő, ugyanakkor rövid mondandójában is felsejlik a lebukástól való félelem, az, hogy nagyon nehéz titokban tartania státuszát:

„A szüleim nem tudják [hogy HIV-pozitív vagyok]. A családban senki. Vannak bonyolult szituációk. Hetente csak kétszer van vérvétel és csak Pesten, be kell jelentkezni” (Ákos (22)).

Rudolf (29) kizártnak tartja, hogy édesanyja előtt felfedje HIV-pozitív státuszát. Ki is mondja, hogy kettős félelem is gátolja ebben, egyrészt édesanyját nem kívánja „zaklatni” ezzel, másrészt önmagát is félti: fél az anya reakciójától. Itt is érdemes megemlítenünk, hogy az apával való viszony mennyire különbözik az anyával való viszonytól. Rudolf (29) esetében az apa szóba sem kerül, tulajdonképpen csupán hiányában van jelen (az én-elbeszélés más részeiből tudott, hogy édesapja és édesanyja együtt élnek):

„Nem tudják [a szüleim]. Nem, soba! Előbb balok meg, mint hogy elmondjam az anyámnak. Ez bonyolult. Ezt az egész kérdést, most nem taglalnám az anyámmal. A homoszexualitásom meg a HIV fertőzéstől való félelmem szorosan összefügg. Nem soba! A legrosszabb, ami engem érhet, hogy az anyám megtudja. Azt sem tudom, hogy hogyan reagálna rá, de nem, nem. Nem, soba! Nem csak őt féltem, magamat is. Inkább magamat, mint őt, de őt még nem akarom ezzel zaklatni” (Rudolf 29).

Interjúalanyaink jellemzően arról számoltak be, hogy környezetükben kénytelenek titkolni HIV-státuszukat, legalábbis nem szívesen osztanak meg azt másokkal, hiszen erre is biztatják őket mind az egészségügyi ellátórendszerben (nővérek és orvosok is ezt tanácsolják), mind a HIV-vel élőket segítő civil szervezetek, illetve HIV-vel élőket segítő személyek is az eltitkolást javasolják (pl. Pozitív szemmel 2008) az én védelmének érdekében.

Ez a rejtőzködés egészen addig fent is tartható a legtöbb esetben, amíg a HIV-vel élő személy nem kerül AIDS stádiumba. Bár ahogy erre Egon (40), egyik AIDS stádiumú interjúalanyunk is rámutat a következőkben, még ebben az állapotban is inkább a titkolózást választotta, felvállalva azt, hogy környezete találgatásokba bocsátkozzon állapotát illetően:

„Környezetem nagyon sokáig nem tudta, hogy AIDS beteg vagyok. Se anyámnak, se öcsémnek –akikkel együtt laktam – nem mondtam el. Sem a többi testvéremnek. Meleg barátainak sem, hiszen egyáltalán nem jártam be Pestre B.-ről. Az egy év alatt 40 valahány kilogramm súlyra lementem. Én akkor úgy gondoltam, hogy az orvos valószínűleg azért nem mondott biztosat arról, hogy hány évem hátra, mert csak rövid időm van. Ezért mentem haza meghalni. Végül a környezetem nem bírta tovább, hogy mi van. Találgatták, hogy mi lehet a bajom. Biztos daganata van. Olyan állapotba kerültem, hogy végül behozott ide a mentő. Itt valamennyire rendbe jöttem. Egyébként elhatalmasodott a TBC a tüdőmön. Nem volt erőm tiltakozni a beszállításom ellen. Otthon ekkor sem derült ki, hogy HIV-pozitív vagyok. A mentőben mondtam meg, hogy a Lászlóba kell bevenni. Ott tisztáztam a mentőorvossal, hogy miért” (Egon 40).

Egon (40) már egy opportunist fertőzéssel küzdött ekkor, szemmel láthatóan beteg volt, magát a betegség tényét már nem titkolhatta el környezete elől, de a HIV-fertőzéssel járó stigmától való félelmében nem mondja el környezetének – kivéve a feltehetően szükséges egészségügyi szakembereknek –, hogy pozitív státusza miatt kell kórházba vinni.

Miki (42) nincs AIDS stádiumban, de a családi körben mégis felmerül, hogy netalántán HIV-rel élő. Az én-elbeszéléséből csak annyit tudhatunk meg, hogy szárnyra kapott ez a hír, amikor László Kórházba került, s ezek szerint a családtagok tisztában voltak azzal, hogy a László Kórházban kezelik a HIV-rel előket. Amikor Mikit egy családi eseményen kerek-perec megkérdezte a nagymama, hogy miért volt a László Kórházban, akkor nem egyszerűen a tagadást vagy a titkolózást választja (ez utóbbit ebben a szituációban nehezen is választhatta volna), hanem belekényszerül a hazugságba. Valamiféle választ adnia kell, s ahelyett hogy a HIV-státuszát felfedné, csak annyit mer bevallani, hogy hepatitis fertőzés miatt került kórházba:

„A családban elterjedt egy alkalommal, hogy HIV-pozitív vagyok, mert a László Kórházba kerültem májgyulladás miatt, ekkor elkezdtek arról beszélni a szélesebb rokoni körben, hogy AIDS-es vagyok. A nagymám egy születésnapi ünnepségen a rokonság előtt megvédett. Mindenki előtt rákérdezett, hogy miért voltam a László Kórházban és akkor elmondtam, hogy hepatitis fertőzés miatt” (Miki 42).

Arra is érdemes külön kitérnünk, hogy Miki (42) a nagymama kérdését úgy értelmezi, hogy őt védte meg. Azt, hogy nem a „pletyka” terjed a családban, hanem e kérdéssel lehetőséget kapott arra, hogy „tisztázza magát” – továbbra is elfedve státuszát – úgy értelmezi, hogy a nagymama őt megvédte, hiszen nem kell felvállalnia egy fenyegetett identitást, nem kell magára vállalnia a HIV-stigmát.

Herki (32) státuszának édesanyja előtt való titokban tartását azzal magyarázza, hogy nem akarja még ezzel is terhelni. Azaz, édesanyját meg akarja óvni attól, hogy szembesüljön az ő HIV-pozitivitásával, mert feltételezi, hogy ez az információ terhet jelentene az anya számára. Testvéreinek sem azért mondta el, hogy HIV-fertőzött, mert támogatást, segítséget várt volna tőle, hanem úgy fogalmaz: „kénytelen voltam elmondani”. Az elbeszélésből ennél többet nem tudunk meg, hogy vajon milyen körülmények kényszeríthették arra, hogy felfedje státuszát testvére előtt, csupán azt tudjuk meg a szóhasználatból, hogy ez nem volt könnyű Herki számára – feltételezhetően a státusz felfedésének aktusa is kellemetlen és kényszerű volt. Mintegy kiegészítésképpen, amúgy mellékesen szúrja oda mondandója végére azt a rövid megjegyzést, hogy testvére szexuális orientációjával is tisztában van. A kontextust figyelembe véve ez a rövidke vallomás azt az információt is jelenti számunkra, hogy

édesanyja viszont nem csak arról nem tud, hogy Herki HIV-vel élő, hanem arról sem, hogy meleg:

„Édesanyám a mai napig sem tudja, van neki elég gondja, hogy még én is ezzel terbeljem. Neki is voltak egészségügyi gondjai, van elég neki. A testvéremnek kénytelen voltam elmondani. ... Ő tudja azt is, hogy meleg vagyok” (Herki 32).

A családi otthonok túlnyomó többségét átható, magától értetődő heteronormativitás sokakban erősíti az elnyomottság érzetét. Több interjúalanyuk a családján belül érzékelt homofóbia miatt nem merre vagy tudta felvállalni sem melegségét, sem HIV-pozitív státuszát: családtagjaik gyakran nem értik vagy nem akarják érteni a helyzetet – amihez vélhetően nagymértékben hozzájárul az is, hogy az elutasító társadalmi környezet az érintetteket jellemzően családtagjaikkal, baráti körükkel együtt stigmatizálja.

Mind a HIV-státusz felfedésével kapcsolatos, mind a melegidentitással kapcsolatos – többnyire negatív – családi tapasztalatok, ténylegesen elszenvedett vagy csak előzetesen elvárt elutasítástól és diszkriminációtól való félelmek azt eredményezik, hogy felértékelődnek más – többnyire baráti – bensőséges viszonyok, azok az emberek lesznek az elsődleges bizalmasok, támogatók és segítők, akik nem a vérszerinti családtagok, hanem a „választott család” tagjai.

Zolcsi (26) egészen explicit módon fogalmazza meg a választott családjával kapcsolatos tapasztalatait, elvárásait, élményeit, hiszen ő ki is mondja, hogy egy-egy segítő személyt azonosít egy-egy klasszikus családi szereppel. Vérszerinti családjára már nem számíthat, kitagadták, s a kapcsolatot sem tartják, így kialakított a maga számára egy választott családot. Két „forrást” nevez meg, ahonnan választott magának családtagokat: az egyik egy HIV-vel élőket segítő egyesület, a másik pedig egy LGBT civil szervezet által működtetett segélyvonal szolgálata. Ez utóbbi kapcsolatok telefonhíváson keresztül jönnek létre, nem személyesek, s a telefonos operátorok anonimak maradnak, álnevet használnak. Így Zolcsi választott családjának jó néhány tagját csupán álnéven s a hangján keresztül ismeri:

„Szülőkkel nem tartjuk a kapcsolatot, egyáltalán nem, nem tartanak a gyerekeiknek. Én ezt felvállalom nyíltan, én akár a tévében is elmondom. [...] De van egy elképzelt családom, a Meleg Háttér vonal... ottan van elképzelt apukám, elképzelt anyukám. A Plusz Egyesülethez is szoktam bejárni... Márti néni az anyukám, akkor Kingát úgy tekintem, mint hogyba a nővérem lenne. Tegnap is írtam neki sms-t. Végül is, a Háttér-vonalnál is anonimok – nem tudom, hogy kik azok meg minden – de Lukács urat apukámnak hívom, Emese nénit is meg Helga nénit is anyukámnak hívom, hát olyan jó beszélgetni velük, meg minden, mert tényleg észre lehet venni rajtuk, hogy az emberekkel együtt érznek, és igaznak értem” (Zolcsi 26).

Zolcsi beszámolójában meg is fogalmazza, hogy a támogatás, az empátia, az érdeklődés az, ami miatt (választott) családtagként azonosítja az őt segítő embereket, s ebbe a családdefinícióba az is kényelmesen belefér, hogy három különböző személyt is megnevez, akit „anyukájának” tart.

KAPCSOLATI JELLEMZŐK: BARÁTOK, BARÁTI KÖR

A kapcsolati háló feltérképezése során, illetve annak (re)konstruálását firtatva interjúalanyainkat a baráti körök összetételéről kérdezve belefutottunk az első definíciós problémába: azaz, kit is nevezünk barátnak? Szinte kivétel nélkül ennek meghatározásával, körbeírásával kezdték mondanójukat, hiszen mást jelent a barát fogalma egy-egy ember számára, így igyekeztek elkülöníteni a szűk, bensőséges viszonyt ápoló barátságot a szélesebb baráti körtől, valamint a haveroktól illetve ismerősöktől. Rudolfot (29) idézve: „*a haverok, azok nem a barátok. A haverokkal nem osztok meg mindent*”. Herki (32) egészen alaposan próbálja meghatározni a kategóriák közti különbséget:

„A legjobb barátaim tulajdonképpen mindent tudnak rólam. Tudják, hogy HIV-pozitív vagyok. Ezt is tudják. A következő kategória lehetnek a barátok, akik tudnak információkat, de nem mindent. A haverok, meg tulajdonképpen az ismerősök, akikre azt mondja az ember, hogy jóban van velük, és ha összefut velük, akkor el tud velük beszélgetni. Én körülbéli ezeket a kategóriákat szoktam felállítani” (Herki 32).

Ez utóbbi idézetben a bizalmi viszony foka alapján sorol be interjúalanyunk valakit egy-egy kategóriába. Érdemes külön figyelmet szentelnünk annak, hogy a HIV-pozitív státusz ismerete vagy nem ismerete (rákérdezés nélkül!) miként válik a legfontosabb tényezővé. A barátság bensőségességének jelzésére az interjúalany számára legfontosabb, legkifejezőbb mérce, hogy a barát a HIV-pozitív státuszról is tud. Implicit azt mondja ki: a baráttal legféltebb titkomat is megosztom, ez pedig a HIV-pozitív státuszom. A következő idézetben – bár az interjúalany nem mondja ki nyíltan, hogy előfeltétel a státusz ismerete – szintén arra láthatunk példát, hogy a barátság kitétele a fertőzőttségről való tudás, mi több, az ehhez (is) kapcsolódó segítségnyújtás:

„Tulajdonképpen az a barát, akire számíthatok, aki rám is számíthat. Akinek hajnali 2-kor telefonálok, hogy nem érzem jól magam, fölment a lázam, mert náthás lettem, akkor beül a kocsijába, vagy ágyalagol, ha közel lakik és átjön és hoz nekem gyógyszert” (Miki 42).

A barátdefiníció mellett meg kell említenünk, hogy több interjúalany is arról számolt be: alig vannak vagy egyáltalán nincsenek barátaik. Ez önmagában még csak egy pillanatnyi állapotra utalna, de rámutatnak arra, hogy a kapcsolati hálójuk sűrűsége akkor csökkent, illetve akkor szűntek meg baráti kapcsolataik, amikor HIV-pozitív státu-

szukat felfedték az addigi (vélt) barátaik előtt. Egon (40) a teljes elmagányosodásról beszél, elmondja, hogy sok emberben csalódott, mert cserbenhagyták, elfordultak tőle, a bajban már nem tartottak ki mellette: „*az előző életemből nem maradt senki. Azt hittem, hogy majd egy csomó ember mellém áll segíteni, de nem.*” Krisztián (37) szintén a barátok teljes eltűnéséről számol be: „*Most, hogy HIV pozitív lettem, most derült ki, hogy nincsenek [barátaim]. Majdnem egyáltalán nincsenek.*” Ugyanakkor az ő megfogalmazásában azt a csalódottságot is felfedezhetjük, ami nem abból fakad, hogy elvesztette volna korábbi barátait, hanem abban a felismerésben gyökerezik, hogy valójában azok az emberek, akiket a barátaiknak vélt, soha nem is voltak a barátai. Gergő (46) azt is megfogalmazza, hogy nem egyszerűen eltűnést élt meg, hanem szándékosan eltávolodást feltételez volt barátai részéről: „*Jobbna látták, ha eltávolodnak tőlem. Így aztán nagyon leszűkült a baráti köröm.*” A beletörődésre, a magány elfogadására, de ugyanakkor a kapcsolati háló hiányának fájdalma rámutatva fogalmaz így ugyanő (Gergő 46), amikor az eltávolodás utáni állapotról így beszél: „*akkor magamra maradtam, nem voltak barátaim [...] és akkor birtelen ottmaradt egy nagy űr.*”

A baráti körre vonatkozóan tendenciaként megállapítható, hogy amennyiben egy-egy interjúalany felfedte HIV-pozitív státuszát barátai előtt, úgy az addig barátoknak tekintettek, vagy legalábbis jelentős részük, eltávolodott, eltűnt az életükből. A kapcsolati háló tehát felszámolódott vagy megritkult, így vagy az ebbe való beletörődés a lehetséges választhat, vagy a kapcsolati háló (re)konstrukciója. Arra is akad példa, hogy idővel egy-egy eltávolodott barát visszatér: „*Van, aki nem áll velem szóba azóta, de van, aki tud velem találkozni újra*” (Edömér 38). A baráti kör újraépítésének figyelemreméltó szempontjai közé tartozik, hogy az újonnan megszerzett barátok többnyire maguk is HIV-vel élők, „sorstársak”. Janó (49) ezt azzal is magyarázza, hogy meleg-identitásának kialakulása és HIV-fertőzése között nem telt el túl sok idő, így tulajdonképpen természetesnek tekinti, hogy legtöbb barátja szintén HIV-vel élő: „*Döntő többségüket a HIV-pozitivitása révén. Nálam a meleg tudatom és a HIV-pozitivitásom között csak egy-két év telt el, és a meleg barátaim döntő többsége is HIV-pozitív.*” Janó (49) saját magára reflektáló szövegében arra a tényre mindenképp fel kívánom hívni a figyelmet, hogy a meleg-identitás kialakulásának és a HIV-pozitív státuszának időbeli közelsége – már-már egybeesése – miként lehetetleníti el mind az elbeszélő, mind az elbeszélést értelmező számára az események és tapasztalatok közötti különbségtételt, elhatárolást abból a szempontból, hogy vajon az a melegséghez kötődik-e inkább, avagy a HIV-pozitív státuszhoz. Ez a jelenség akkor válik kiemelten hangsúlyossá, amikor emiatt nem tudjuk elkülöníteni a melegséggel, illetve a HIV-pozitivitással összefüggő egymásra reagező stigmákat.

Kitérőként említtem meg, hogy számos interjúalanyunk számol be olyan barátairól, akik nem ismerik HIV-státuszukat, ez az információ azonban elemzésünk céljából csak visszajára fordítva hordoz(hat) lényegi információt; azaz, ha azt feltételezzük, hogy az e baráti kapcsolatokban *megtartott* állapot annak köszönhető, hogy (elő)feltételeztem a HIV-negatívok csoportjába sorolták be interjúalanyunkat. Azaz a HIV-stigma értelemszerűen nem lehet befolyással e kapcsolatokra. Másként fogalmazva: ebben a viszonyrendszerben feltételezhetjük, hogy interjúalanyunk arculatmentésének köszönhetően (a státusz titokban tartása) az adott barát nem ruházta föl őt a HIV-vel élő csoporttagsággal. Így azonban az e baráti kapcsolatokról szóló beszámolók mélyebb elemzése értelmét veszti, hiszen az elemzés tárgyatól eltérnek.

Néhány interjúalanyunk – bár elenyésző mértékben – pozitív tapasztalatairól is beszámolt, amikor a HIV-pozitív státusz felfedése nem okozott különösebb változást baráti kapcsolataikban. Kozso (37) tömören így fogalmaz: „*nem változott, a barátaim maradtak*”. Ugyanakkor figyelmet érdemel, hogy a baráti kapcsolatok fennmaradása meglepő a HIV-vel élő személy számára; azaz a – HIV-ről szóló társadalmi diskurzusban fellelhető, s így internalizált – HIV-stigma az érintettek számára egyértelműen azt az elvárást teremti meg, hogy elutasításban lesz része, amint felfedi pozitív státuszát. Zsiga (40) ezt úgy értelmezi mint kapcsolati támogató rendszert, vagyis a barátai kiállnak mellette ebben az élethelyzetben is, de ebben az idézetben arra is érdemes figyelniük, hogy a fenyegetettség miként jelenik meg implikáltan a megfogalmazásban; interjúalanyunk miként közli a barátoktól kapott reakciókba burkoltan saját traumáját, amikor az öngyilkosságra (annak elvetésére?) utal:

„Érdekes, én azt vártam, hogy mind elájulnak, de nem. Azt mondták, hogy ez van, nem kezdtek el azonnal temetni, hanem azt mondták: ezentúl így éled az életedet. Fogadd el, mert nem tudsz rajta változtatni. Vagy öngyilkos leszel, vagy megtanulsz ezzel együtt élni. Kész, az élet nem áll meg, megy tovább” (Zsiga 40).

Teljes baráti támogatásról csupán egyetlen interjúalanyunk számolt be:

„Nekem az volt a szerencsém, hogy volt olyan barátaim, akik tudták, hogy megyek tesztre, és elmondtam nekik, hogy mi a helyzet, és ők törődtek velem. Szerencsém volt, hogy voltak mellettem emberek, nem fordultak el mellőlem, hanem támogattak” (Herki 32).

Azonban itt is fel kívánom hívni a figyelmet arra, hogy Herki ezt szerencseként éli meg, a támogatás feletti örömet az előzetesen elvárt elfordulás oppozíciójaként önti szavakba. Tehát még az egyetlen ténylegesen pozitív tapasztalatokról beszámoló esetben is fellelhetjük a HIV-stigma által okozott előzetes félelmet (amire ebben az esetben, az interjúalany szerencséjére, rácsófolta a tapasztalat). A HIV-stigma által okozott előzetes félelem egyértelműen mutat rá arra, hogy a HIV-vel élő identitás fenyegetett identitáskategória.

HIV-POZITÍV STÁTUSZ ÉS SZEXUÁLIS PARTNEREK¹⁶

Ahogy arra korábbi kutatások is rámutattak, meleg és biszexuális közösségekben uralkodó az a nézet, miszerint a HIV-vel élő embereknek nagyobb felelőssége van abban, hogy csökkentsék a HIV-fertőzés kockázatát, mint a HIV-negatívoknak, miközben szexuális kapcsolatot folytatnak negatív vagy nem-tesztelt férfakkal (Flowers – Duncan – Frankis 2000). E nézet azt a vélekedést is magában foglalja, miszerint a HIV-vel élő embereknek mindenképpen fel kell fedniük pozitív státuszukat szexuális partnereik előtt. E mechanizmus azon a kollektív előfeltételezés alapján működőképes, miszerint HIV-negatívnak tekintünk mindenkit, amíg nincs ellenkező előjelű információnk: azaz míg nem válik felfedetté számunkra valaki HIV-pozitív státusza. E kollektív előfeltételezésnek kimondottan káros következményei lehetnek HIV-prevenációs szempontból, elősegítve a HIV-fertőzés terjedését, hiszen óvatlanságot eredményez(het), csökkentve a veszélyérzetet, így megnövelve a kockázatos szexuális magatartásformák előfordulását. Ennek a kollektív előfeltételezésnek a szem előtt tartásával – miszerint: akinek nem ismert a HIV-státusza, az automatikusan HIV-negatívként előfeltételezett – elemzem a HIV-vel élő interjúalanyok szexuális partnerekre, óvszerhasználatra, biztonságos(abb) szex értelmezésekre és kockázatos szexuális magatartásformákra vonatkozó elbeszélésrészleteit.

Az interjúk felvételekor, illetve már a kérdéssor összeállításakor, abból a feltételezésből indultam ki, hogy egyértelműen elkülöníthetőek lesznek a párkapcsolatban élő interjúalanyok és a nem párkapcsolatban élő interjúalanyok szexuális gyakorlatai, illetve arról szóló beszámolóit. E feltételezés – amit a válaszok egyértelműen megcáfoltak – szolgáltatta az alapot arra, hogy az interjúkérdésekben elkülönítve, egymástól elválasztva jelenjen meg az állandó partner(ek)re (*main partner*) és az alkalmi partnerekre (*casual partner*) vonatkozó szexuális gyakorlatokat feltárni szándékozó kérdésblokk. Az állandó partner(ek) és az alkalmi partner definiálása minden esetben az interjúalany feladata volt, így e kategóriák nem is kezelhetők mereven, azt számos egyéni értelmezés finomította, homályosította el, avagy tette teljesen képlékennyé. Ahogy arra már korábbi tanulmányok is rámutattak (pl. Barker – Langdridge 2010), a nem-monogám (*non-monogamies*)¹⁷ kapcsolatok alacsony társadalmi elfogadottsága megjelenik a meleg közösségeken belül is. E homonormatív monogámia irányába

16 A következő három fejezet korábbi változata megjelent a Socio.hu Társadalomtudományi Szemlében (PTóth 2015).

17 A szerzőpáros kimerítően tárgyalja a nem-monogám párkapcsolatok formáit, többek között pl. a nyitott kapcsolatokat, a poligámiát, ezek kultúránkénti különböző megítélését, monogámiahoz való viszonyát. Jelen elemzésnek nem célja a mononormativitás (mononormativity, a monogámia egyetlen „normális” és „természetes” kapcsolatként való értelmezése) társadalmi konstrukcióként való részletes tárgyalása, ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül a belőle fakadó szorongás. Interjúalanyaink elbeszélésrészletei is arra mutattak rá, hogy az (internalizált) mononormativitás létező jelenség, befolyásolja a párilletve szexuális kapcsolat(ok)ról alkotott nézeteiket, s ez hatással van viselkedésükre.

történő nyomás szorongáshoz vezet(het), ami hozzájárul(hat) a kockázatos(abb) szexuális magatartásformák kereséséhez. Épp ezért nem teszek különbséget a „párkapcsolatban élő” és „nem párkapcsolatban élő” interjúalanyok válaszai között, hanem arra törekszem, hogy feltárjam azokat a mintázatokat, amik a válaszadók állandó partner(ek)ről alkotott percepciói mentén rajzolódnak ki. Bendegúz (70) az állandó partner esetében szükségesnek, de nem elegendőnek gondolja a szexualitást:

„Hát én úgy gondolom, hogy ha sikeres a szexuális része a kapcsolatnak, akkor az egy nagyon szoros vonzerő, de kevés. És ha vannak közös élményeink, és azonos érdeklődési kör, és egy bizonyos azonos kulturáltsági kör; az szorosabb tulajdonképpen, mint a szexuális kapcsolat. [...] Csak azok tudnak felmutatni több éves, vagy több évtizedes barátságokat, akik szellemileg is eléggé passzolnak egymáshoz” (Bendegúz 70).

Az állandó partner meghatározására találhatunk interjúalanyaink válaszai között egészen „tradicionális” meghatározást is, miszerint az az állandó partner, aki kizárólagos szexuális partner, mindemellett érzelmi, intellektuális közösséget is alkotnak egymással. Zolcsi (26) szerint azonban nem is a szexuális kapcsolat megléte tesz valakit állandó partnerré, hanem: *„egy partnernél nem is szex a fontos, hanem a megértés”*. Másnak azt jelentette, hogy kizárólagos szexuális partner; megint másnak pedig azt, hogy bár nem kizárólagos szexuális partner, de rendszeresen folytatnak szexuális viszonyt. Attila (35) el is bizonytalanodik, hogy miként is határozza meg az állandó partner fogalmát: *„Hát akivel négy éve együtt élünk szerintem az már elég állandó partner. Mondjuk a szexuális partner is lehet állandó partner...”*. Arra is akadt példa, hogy állandó partnerekről számoltak be interjúalanyaink, ide sorolva a visszatérő, rendszeres szexuális partnereiket, más interjúalanyok azonban ezt a típusú szexuális partnert már alkalmi partnerként határozták meg. Tomi (30) úgy igyekszik tisztázni az állandó partner fogalmát, hogy elkülöníti az állandó szexuális partnert attól, akit a párjának tekint: *„Erről én is vitatkoztam már az interneten, hogy ez [az állandó partner] mit jelent. A párom nem az, ő a minden, ő a párom, a társam. A minden, tehát... nem egy állandó partner...”*. Abban nem fedezhető fel különbség interjúalanyaink meghatározásai között, hogy az egyéjszakás kalandok szexuális partnereit egyértelműen az alkalmi partner kategóriába sorolták.

Interjúalanyaink a HIV-pozitív státuszukat változó mértékben osztották meg szexuális partnereikkel, egységes mintázat alig-alig fedezhető fel azon kívül, hogy jellemzően az állandó partnernek tekintett szexuális partnerek előtt felfedik pozitív státuszukat, míg alkalmi partnernek tekintett szexuális partnereik előtt általában nem. Edömér (38) ez alól kivétel, ő kötelességének tartja, hogy megossza szexuális partnerével pozitív státuszát, azonban őszintesége számos esetben ahhoz vezetett, hogy a potenciális szexuális partner elutasította: *„Szerintem köteles vagyok elmondani a szexpartnernek [...] Többször megéltem, hogy visszaes volt a dolog. Láttam az arcán a sajnálatot, nem is lett szex”*.

Ödön (42) indoklás nélkül jelenti ki, hogy amennyiben egyértelműen alkalmi kapcsolatról van szó, akkor nem fedi fel pozitív státuszát: *„Akkor nem mondom meg, ha csak alkalmi kapcsolatnak néz ki”*.

Az elutasítástól való félelemről számol be Zotya (41), aki alkalmi partnereinek nem mondja el, hogy HIV-vel élő, bár azt szükségesnek tartja elmondani, hogy „védekezett” az aktus során – feltehetően ezzel az óvszerhasználatra utal: *„Az alkalmi partnereimnek nem mondtam el, de nagyon paráztam, nehogy kiderüljön, és velük védekeztem csak, anélkül, hogy szóltam volna”*. Ebben a szövegrészletben arra külön érdemes felfigyelnünk, hogy az interjúalany megfogalmazásában elhangzik az, hogy *„velük védekeztem csak”*, s ez az utalás arra enged következtetni, hogy a nem alkalminak tekintett szexuális partnerek esetében védekezés nélkül létesít szexuális kapcsolatot. A fent idézett interjúalany ugyan ezt nem fejt ki bővebben, de arra következtethetünk több én-elbeszélés tematikusan idevágó szövegegysége alapján, hogy HIV-vel élő interjúalanyainknak sok esetben vannak rendszeres más HIV-vel élő szexuális partnereik, akikkel óvszer nélkül közösjenek. Zotya (41) ezzel is indokolja, hogy miért nem használt óvszert: *„Nem használtunk, mert mindketten pozitívak voltunk”*.

Miki (42) szinte pidesztálra emeli a HIV-vel élőket az alapján, hogy a (kezelt) HIV-vel élőktől nem kell annyira tartani, mert ők rendszeresen járnak tesztelesekre, ahol az egyéb STD-kre is szűrik őket, így kisebb az esélye, hogy a HIV-fertőzésen kívül más szexuális úton terjedő betegséget továbbadjanak. HIV-vel élő szexuális partnerekkel nem használnak óvszert, HIV-negatív partnerekre pedig *„odafigyel”*. Szerinte a HIV-negatívak óvatlanabbak, figyelmetlenebbek, kockázatosabb szexuális magatartásformákkal jellemezhetőek, mert *„annyira nem vigyáznak”*, de a HIV-vel élők sokkal őszintébbek, hamarabb megosztják partnereikkel, ha más szexuális úton terjedő betegségtől is szenvednek. Miki bele is képzei magát egy HIV-negatív helyzetébe, s ki is mondja, hogy amennyiben negatív lenne a státusza, akkor hamarabb eltitkolná, ha például szifilisz lenne. Mindemellett Miki beszámolójában arra is érdemes felfigyelnünk, hogy HIV-negatív szexuális partnerkapcsolatban ő vigyáz arra, hogy ne hogy megfertőzze a másikat, azaz feltételezhetően nem fedi fel pozitív státuszát negatív partnerei előtt:

„A pozitív partnereim tudják, hogy pozitív vagyok. Velük nem használunk óvszert. Ha egy pozitívval vagyok és rendszeresen ellenőrztetjük magunkat, ugyan be-becsúszhat valami, de kicsi a valószínűsége, mert jobban figyelnek magukra a pozitív emberek. Én is jobban figyelek magamra, ami olyan történik, amit én nem tartok normálisnak, arra én rögtön odafigyelek. Ha olyanval vagyok, aki nem pozitív, olyanra meg vigyázok. Nagyobb az esélye, hogy én összeszedjek tőlük valamit, mint tőlem kapjanak el bármit is, mert annyira nem vigyáznak. Pozitívoktól kevésbé kell félni azoknak, akik egészségesek.

Mi (HIV-pozitívok) bárombavonta megjelenünk, és megcsináltatjuk a tesztet. Ilyenkor megcsináltatunk mindent. Ha valaki netalán összeszed egy szifiliszt, akkor azok, akik pozitívak és egymásról tudják, hogy pozitívak, kicsit ösztönözben állnak ilyenekhez. A pozitívak ilyen szempontból nyitottabbak és ösztönzőbbek. Ha negatív lennék, akkor valószínűleg nehezebben mondanám el. Mi megmondjuk hamarabb, hogy beesett egy ziccer” (Miki 42).

Az óvszerhasználat mellőzése nem csak HIV-vel élő szexuális partnerek esetén fordul elő, arra is akad bőven példa, amikor a HIV-vel élő interjúalany nem használ óvszert HIV-negatív partnerével. Alex (35) önmagának mond ellent, amikor azt állítja feltételes módon, hogy negatív státuszú partnerrel használna óvszert, s rögtön a következő mondatában – elhárítva magáról a felelősséget – vallja be, hogy legutóbbi két negatív státuszú szexuális partnere egyikével sem használt óvszert, mert partnerei nem akartak óvszert használni: „Ha HIV negatív partnerem lenne, biztos, hogy használnék gumit. Az előző két negatív partneremmel azért nem használtam, mert ők nem akarták”. Alex azt az attitűdöt szemlélteti ebben a szövegrészletben, miszerint a HIV-vel élő személy nem tartja kizárólag a saját feladatának, hogy védje a negatív szexuális partnert a megfertőződéstől, azaz nem csupán az ő felelőssége, hogy biztonságosan közösjenek egymással, hanem a negatív partneré is. Ákos (22) nyíltan ki is mondja, hogy a felelősség mindkét felet terheli a védekezés nélküli szexuális aktus során: „Ez mind a kettőnk felelőssége is”.

Az eddigiekben tehát felhívtam arra a figyelmet, hogy HIV-vel élő interjúalanyaink gyakran nem fedik fel pozitív státuszukat szexuális partnereik előtt, így téves az a (többségi) HIV-negatív előfeltételezés, miszerint ha nem ismerem a partner státuszát, akkor feltételezem, hogy HIV-negatív. Ez a HIV-negatívok esetében kockázatos szexuális magatartásformákhoz is vezethet – ahogy erre Miki (42) beszámolója alapján is következtethetünk. Arra is akad példa, hogy HIV-vel élő interjúalanyaink nem is védekeztek a szexuális aktus során, megosztva a felelősséget HIV-negatív szexuális partnereikkel, azaz, amennyiben a HIV-negatív szexuális partner nem kívánt óvszert használni, vagy legalábbis nem tartotta azt fontosnak, akkor beleegyeztek az óvszer nélküli közösjülésbe.¹⁸ Így a HIV-vel élőkkel kapcsolatos előfeltételezés, miszerint ők mindenképpen megosztják pozitív státuszukat szexuális partnereikkel (vö. Flowers – Duncan – Frankis 2000), bizonyíthatóan hamis, azonban a gyakorlatban elősegíti a HIV-fertőzés terjedését, mivel kockázatos szexuális magatartásformákhoz vezet(het).

18 Jelen kötetben nem célozok részletesen tárgyalni az ún. „condom fatigue” jelenségét (pl. Adam et al. 2005), ami azt írja le, hogy férfiak nehezen képesek fenntartani a konzisztens óvszerhasználatot (pl. erekciós problémák miatt, vagy a partner – akár csak vélelmezett – erekciós problémái miatt). Ugyanakkor egyes interjúalanyok válaszai utalnak rá, hogy e jelenség befolyásol(hat)ja az óvszerhasználatot.

Egon (40) legutóbbi alkalmi szexuális kapcsolatakor használt ugyan óvszert, az ő beszámolójából nem is az óvszerhasználat meglétére vagy hiányára kívánom felhívni a figyelmet, hanem arra, hogy miként nyilatkozik mindeközben korábbi szexuális partnereiről. Arról számol be, hogy korábbi alkalmi kapcsolataiban azért nem használt óvszert, mert a partner ezt nem „kérte”. Ez két eddigi állításunkat is alátámasztja: egyrészt azt, hogy a felelősséget nem kívánja a HIV-vel élő személy egyedül magára vállalni, másrészt azt, hogy a – feltételezhetően HIV-negatív vagy legalábbis ismeretlen státuszú – szexuális partner nem feltételezi, hogy egy HIV-vel élővel fog szexuális kapcsolatot létesíteni és – vagy éppen ezért – nem tart a HIV-fertőzéstől:

„A legutolsó alkalmi szexuális kapcsolatom a nyugatis volt. Ott volt óvszer. Az az egy kérte is egyébként. [általában] nem kéri” (Egon 40).

Egyedi esetnek számít, de olyan beszámoló is akad, ahol a HIV-vel élő én-elbeszélő arról számol be, hogy HIV-negatív állandó partnere nem akart óvszert használni annak ellenére, hogy tisztában volt partnere pozitív státuszával. A motivációk itt feltáratlanok maradnak, egyrészt a HIV-negatív partner én-elbeszélésének hiányában, másrészt a HIV-vel élő én-elbeszélőnk sem osztotta meg velünk percepcióit. A kapcsolatban eleinte használtak óvszert, majd egy idő után valami oknál fogva a negatív partner kezdeményezésére abbahagyták az óvszerhasználatot, habár HIV-vel élő interjúalanyunk arról számol be, hogy ezt ő nem akarta, csupán engedett partnere akarátának.

„Szerelmes voltam belé. Használtunk óvszert, az elején. Aztán... hát... nem mindig. Ő is tudta a HIV státuszomat. Már ugye, 3 éve tudom. Ő ragaszkodott hozzá. Ő nem akart gumit használni. Volt veszekedés is miatta. Aztán engedtem. De nem mindig” (Zsiga 40).

Az utolsó félmondat arra enged következtetni, hogy Zsiga reménykedett abban, hogy nem fertőzi meg partnerét. Azzal, hogy erre külön felhívja a figyelmet, hogy habár engedett partnere akarátának és óvszer nélkül közösült vele, de ez számított irregulárisnak, később az ő kezdeményezésére használtak ismét óvszert.

Elek (27) is arról számol be, hogy állandó partnerkapcsolatában idővel megszűnt az óvszerhasználat. Azt ugyan tudjuk, hogy partnere szintén HIV-vel élő (ld. 1. számú táblázat 24. oldal), de arra nem derül fény az én-elbeszéléséből, hogy egymást fertőzték-e volna meg, vagy már kapcsolatukat megelőzően mindketten pozitív státuszúak voltak-e. Ugyanakkor a következő idézet értelmezésekor arra következtethetünk, hogy ebben az esetben nem is lényeges, hogy milyen volt a HIV-státuszuk megismerkedésükkor, hiszen kiderül, hogy a HIV-státusz felfedése valamikor az óvszerhasználat abbahagyása környékén történt meg, feltehetően

az óvszer nélküli közösülést követően, legalábbis a szövegben fellelhető időrend erre enged következtetni:

„Mi először úgy dugtunk, hogy gumival, mondjuk utána először volt a szex, s utána bittünk egymásnak, és azután már nem használtunk gumit. Elmondtuk egymásnak. [...] Meg szeretném, hogy bizalom is legyen” (Elek 27).

Az állandó és alkalmi partnerekkel folytatott szexuális viszonyok értelmezésekor arra koncentráltam, hogy a HIV-vel élő én-elbeszélő partnereivel miként osztja meg, vagy hallgatja el pozitív státuszát, s mindez milyen szexuális magatartásformákkal jár együtt. Óhatatlanul érintenem kellett mind az óvszerhasználat témáját, mind a biztonságos(abb) szex fogalmát, de az óvszerhasználattal kapcsolatos attitűdöket és gyakorlatokat, valamint a biztonságos(abb) szex értelmezéseit csak akkor fedhetjük föl, ha külön figyelmet szentelünk az óvszerhasználatban bekövetkezett változásoknak a HIV-státusz ismertté válását követően, valamint rámutatunk azokra a tévhitekre, információk hiányokra amelyek alapján a biztonságos(abb) szex értelmezései megjelennek interjúalanyaink elbeszéléseiben.

ÓVSZERHASZNÁLAT ÉS BIZTONSÁGOS(ABB) SZEX ÉRTELMEZÉSEK

Interjúalanyaink beszámolóí alapján az óvszerhasználattal kapcsolatban arra következtethetünk, hogy egyrészt megváltoztak óvszerhasználati szokásaik a HIV-pozitív státusz ismertté válását követően, másrészt HIV-vel élőként sem használnak minden közösülés során következetesen óvszert. A megváltozott óvszerhasználati szokások tekintetében két jellemző mintázatot fedezhetünk fel, miszerint (1) az óvszerhasználat a pozitív-státusz ismertségét megelőzően vagy nem jellemezte vagy teljesen rendszertelenül képezte egy-egy interjúalanyunk szexuális életének részét, valamint azt, hogy (2) az elbeszélők HIV-vel élőként nem használnak óvszert más HIV-vel élőkkel történő közösülés során.

Alex (27) arról számolt be, hogy korábbi alkalmi szexuális kapcsolatai során nem használt óvszert, s hangsúlyozza, hogy mióta pozitív státuszát ismeri, azóta nem fordul elő, hogy ne használna óvszert: *„Volt alkalmi szex. Nem használtam óvszert. Akkor nem használtam, de most már minden alkalommal. A HIV-pozitív státusz miatt”*. Gergő (46) is azt a mintázatot erősíti, miszerint alkalmi kapcsolataiban HIV-vel élőként minden esetben használna óvszert: *„Az alkalmi partnerekkel mindig [használok óvszert]”*.

Bendegúz (70) egyértelműen határvonalként értelmezi a pozitív státusz ismertté válását óvszerhasználati szokásait illetően. Míg azt megelőzően, hogy megtudta HIV-pozitív státuszát jellemzően nem használt óvszert, ezt követően azonban minden közösülés

alkalmával igen: „*Hát mindenképpen csak a HIV fertőződés után [használtam óvszert...] utána mindig*”. Edömér (38) múltbeli emlékeit felidézve úgy határozza meg korábbi óvszerhasználati szokásait, hogy bár arról számol be, jellemzően nem használt óvszert alkalmi kapcsolataiban, de ez tulajdonképpen nem is rajta múltott. Korábbi szexuális partnerei felé tolja el a felelősséget azzal, hogy – magát felmentve – azt állítja, ő védekezett volna, ha az adott szexuális partner kéri; de nem kérte. Ugyanakkor, el is homályosítja a múltbeli eseményeket beszámolójában, hiszen nem egyszerűen a partner igényének hiányával magyarázza meg az óvszerhasználat mellőzését, hanem rögtön ezt követően kijelenti, hogy azért nem használt óvszert egy-egy alkalommal, mert az nem állt rendelkezésre: sem a partnerénél, sem nála nem volt éppen. Megfogalmazásában ismét önmagát menti fel a felelősség alól, amikor mindeközben feltételes módon fogalmazva konstruálja meg a múltbeli történések magyarázatát, mintegy félig-meddig belehelyezkedve a múltbeli szituációba arról is megerősíteni kíván bennünket – s egyúttal feltételezhetően önmagát is – hogy amennyiben lett volna kéznél óvszer egy-egy alkalmi kapcsolatában, akkor bizonyára használta volna.

„Alkalmi kapcsolataimban, ha a partner azt mondta volna, hogy használjunk kotont, akkor biztosan használtam volna. Ha lett volna nála, akkor biztos, hogy használnánk. Csak általában se nála, se nálam nem volt” (Edömér 38).

Az idézett rövid szövegegységben figyelmet érdemel a feltételes mód használata, a „*ha*” kétszeres előfordulása, és a „*volna*” három alkalommal való megjelenése, ami egy alternatív múltbeli eseménysort vetít előnk: történhetett volna másképpen is. A zárómondat kijelentő módbeli megfogalmazása teszi azonosíthatóvá azt a pontot, ahol az elbeszélt történet – feltételezhetően – találkozik a megélt történettel, az elbeszélt életesemény vélhetően azonos a történetekkel. Az ezt megelőző feltételes módban történő megfogalmazás pedig arra világít rá, hogy az én-elbeszélő miként értelmezi (át) a szavakba öntés során az általa korábban megélteteket. Azaz: beszámolójában a történetét úgy mondja el, hogy azt már ő maga is interpretálja, ezzel mintegy arra törekedvén, hogy az elbeszélésben egy számára elfogadható múltbeli attitűdöt tulajdonítva önmagának tudjon azonosulni régebbi cselekedeteivel, eltávolítva így azt az én-képet, amit az elbeszélés során nem tart elfogadhatónak. Az idézett interjúrészletek szövegyszerű elemzése arra mutat rá, hogy az elbeszélők büntudatot éreznek, s miképpen próbálják ezt a büntudatot csökkenteni.

Etele (52) beszámolójában reflektál a múltbeli eseményekre, magyarázatokat fűzve az elbeszélt eseményekhez. Ő is igyekszik magát eltávolítani attól a felelősségtől, hogy nem minden esetben használt óvszert „*visszatérő*” szexpartnereivel; külön mondatban megerősítve ezt azzal, hogy nem ő kezdeményezte az óvszerhasználat mellőzését,

hanem ez az adott szexpartner(ek) kezdeményezésére történt így. Az óvszerhasználat mellőzését be is sorolja a kockázatos szexuális magatartásformák közé, azonban a kockázat jelentőségét nem az adott szexuális partner esetleges megfertőzésében látja, hanem abban, hogy e partnereknek felesége illetve élettársa is volt, így a potenciális fertőzés rájuk is áterjedhet. Azaz: a szexpartner kérését, miszerint ne használjanak óvszert a közösülés során, egyfajta kockázatos szexuális magatartásformára való felbujtásként értelmezi, ami ellen neki nem is nagyon volt ellenvetése, hiszen a felelősséget megosztottként értelmezi. Ő maga vállalja a fertőzés(ek) kockázatát, feltételezi, hogy ezzel a szexpartner is tisztában van, s ő is vállalja a kockázatot, így csupán amiatti aggodalmát fejezi ki – utólag, az elbeszélésben –, hogy a szexpartner továbbadhatja a (potenciális) fertőzést. A felelősség áthárítását, vagy legalábbis megosztásának szándékát támasztja alá a szövegrészlet utolsó mondata is, ahol interjúalanyunk szükségesnek tartja leszögezni, hogy szexuális partnerei tisztában voltak azzal, hogy neki sok szexuális kapcsolata van, így lehetséges veszélyforrást jelenthet számukra a vele való óvszer nélküli közösülés.

„Visszatérő szexpartnerrel használtam gumit, de volt közöttük négy olyan szexpartnerem, akikkel nem védekeztem. Ez az ő kezdeményezésük volt. Ezt kockázatosnak tartottam, mert mind a négynek volt felesége vagy élettársa. Ők magukat heteroszexuálisnak tartották, de nyilván biszexuálisak voltak. Úgy alakult az idők során, hogy az egyetlen szexpartneriük voltam, ezért fölöslegesen bíztak bennem. Pedig tudták, hogy nekem mellettük van sok kapcsolatom” (Etele 52).

Az interjúalany magyarázatrendszerében – apró kitérőként – külön figyelmet érdemel a szexpartnerek identitására vonatkozó megjegyzés, miszerint ők ugyan heteroszexuálisnak tartották magukat, de szexuális gyakorlatuk alapján az MSM populációba tartoznak, így az interjúalany számára elfogadhatatlan az ő heteroszexuális identitásuk, s átsorolja őket a biszexuális kategóriába.

Az óvszerhasználat rendszertelenségéről számol be György (30) is, aki egyetlen mondatban mond önmagának ellent, s így igyekszik eltávolítani magától mind a felelősséget, mind azt a nemkívánatos múltbéli eseménysorozatot, amikor nem használt óvszert, győzködve mind önmagát, mind az interjúzót arról, hogy tulajdonképpen ő „megfelelően” viselkedett mindig. Egy mondaton belül állítja, hogy alkalmi kapcsolatai során mindig használt óvszert közösülés során, ugyanakkor arról számol be, hogy előfordultak esetek, amikor mégsem. Az idézett szövegegység zárómondatának finomhangolása is azt a feltételezésünket erősíti meg, hogy az óvszerhasználat mellőzése több esetben is előfordult vele, tudniillik azzal az állítással, hogy amikor nem használt óvszert, akkor az nem is volt szükséges, mert „*lightosabb típusú*” szexuális kapcsolata volt, azaz nem került sor (anális) közösülésre. Az óvszerhasználat többszöri hiányára utal az a közbevetés is, miszerint elég gyakran váltogatta alkalmi partnereit:

„Az esetek 80%-ában védekeztem és olyan 20%-ában nem, mert ugye a kapcsolataim között azért elég gyakran előfordult, hogy azért elég gyakran váltogattam a partnereimet ilyen alkalmi szinten, akikkel azért mindig védekeztem, illetve ilyen lightosabb típusú szexet gyakoroltam” (György 30).

Zsiga (40) arról számol be, hogy már pozitív státuszának ismeretében létrejött alkalmi szexuális kapcsolatai során mindig használt óvszert: *„Voltak alkalmiak a barátom előtt, az internetről. Azoknak nem mondtam meg. Óvszerrel ment velük, kizárólag. Akkor az nekem izonyatosan nagy traumát okozott, hogy megfertőztek valakit.”* Elbeszélésében azzal indokolja a rendszeres óvszerhasználatot, hogy rettegett attól, nehogy ő megfertőzze partnerét. Az ő értelmezésében az óvszerhasználat az ő felelőssége, a továbbfertőzés kockázatától neki kell megvédenie alkalmi szexuális partnereit. Ezt a felvállalt egyéni felelősséget az is tovább erősíti, hogy az idézett szövegegységben arra is kitér interjúalanyunk, hogy nem fedte fel HIV-pozitív státuszát alkalmi szexuális partnerei előtt. Ugyanakkor, a pozitív státusz titokban tartása nem is teremtette meg a lehetőséget annak, hogy a – feltételezhetően HIV-negatív vagy ismeretlen státuszú – szexuális partner is törekedhessen a biztonságos(abb) szexre.

Interjúalanyaink biztonságos(abb) szex értelmezései igencsak eltérőek. Mintáztatként felfedezhető, hogy legtöbbször kiemelik az óvszer használatának fontosságát közösülés során, valamint hogy többen is megállapítják, hogy teljesen biztonságos szex nincs. Az nem derül ki interjúalanyaink elbeszéléséből, hogy a teljesen biztonságos szex létezésének tagadását személyes tapasztalataikra alapozzák-e, vagy e megállapítás egy „kollektív tudás” alapszik, vagy netán ennyire tudatosan építették be gondolatvilágukba azt az általában egészségügyi nyelven megfogalmazott preventív céllal hangoztatott axiómát, miszerint a biztonságos(abb) szexre való törekvés csökkenti ugyan az STD-k és a HIV-fertőzés kockázatát, de nem nyújt száz százalékos biztonságot. A biztonságos(abb) szex értelmezésekkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy számos esetben a korábbi szexuális partnerekkel történt megegyezésekre (*negotiated safety*) alapozzák az interjúalanyok meghatározásait (Race 2014). A kockázatos szexuális magatartásformák elkerülésében ugyanakkor mindenképpen jelentős szerepe van annak az elbeszélők által saját meglátásként megfogalmazott látásmódnak, miszerint teljesen biztonságos szex nem létezik. Herki (32) szemléletes példával úgy illusztrálja mindezt számunkra, hogy az (magányosan végzett) önkielégítést sorolja egyedül a biztonságos szex kategóriájába:

„Olyan, hogy biztonságos szex, ami 100%-os, olyan nincs. Ha az ember belül egy kádba, és saját maga csinálja, az biztonságos” (Herki 32).

Tomi (30) egyenesen azt állítja, hogy biztonságos szex nem létezik. Csak akkor lehet valaki biztonságban, ha egyáltalán nem él szexuális életet. A Tomitól idézett következő szövegrészletben arra fel kívánom hívni a figyelmet, hogy interjúalanyunk a kockázatos

szexuális magatartásformák mérlegeléskor azt implicit megfogalmazza, hogy nem önmagában a promiszkuitást¹⁹ tartja kockázatosnak, hiszen csupán egyetlen partnerrel folytatott szexuális viszony is lehetőséget biztosít arra, hogy az ember megfertőződjön. Ugyanakkor el is bizonytalanodik, hogy miképpen ragadhatná meg, s önthetné szavakba, hogy számára mit jelent a biztonságos(abb) szex. Ez a bizonytalanság arra is rámutat a következő mondatának kontextusát alapul véve, hogy fogalma sincs arról, mit is nevezhetne biztonságosnak. Ez az elbizonytalanító kontextus úgy nyeri el értelmét, ha mondatainak szavakba nem öntött jelentésrétegeit is figyelembe vesszük: szinte rácsodálkozik, hogy HIV-pozitív státuszú lett, hiszen az ő fogalmai szerint ő betartotta a biztonságos(abb) szex szabályait – bármit is jelentsen ez, s mivel nem részletezi interjúalanyunk, így nem következtethetünk ennél többre. Megfigyelhető még mindemellett az alábbi szövegrészletben egyfajta érdektelenség is a biztonságos(abb) szex témájával kapcsolatban. Az elbeszélő érdektelensége abból fakad, hogy a HIV-fertőzéstől már nem kell tartania, meglátása szerint már a hepatitisztől sem, a többi STD meg amúgy gyógyítható²⁰ – a szöveg alapján feltételezhetően ez úgy értelmezhető, hogy emiatt interjúalanyunkat sem a szexuális úton terjedő betegségek, sem a biztonságos(abb) szex (és az ehhez kapcsolódó magatartásformák) nem érdeklik:

„A biztonságos szex, az a nem-szex. Tehát az van csak biztonságban, aki nem szexel. Tehát aki szexel, annak már egy partnertől is megvan bármilyen esélye, hogy elkapjon valamit – hát a másik pedig azt, hogy mit jelent a biztonságos szex, ugye kérdés, hogy mit tekintsek magamra nézve biztonságosnak, hiszen HIV-pozitívtól elkaptam – illetve HIV-et elkaptam, hepatitiszes voltam, tehát az már nem lehetek, a többi meg gyógyítható” (Tomi 30).

Zsiga (40) arról számol be, hogy miként változott meg az óvszerhasználathoz való viszonya. Megfogalmazásában van a „régén”, a HIV-pozitív státusz ismertté válását megelőző állapot, és a „keésőbb”, amikor már tudta magáról, hogy HIV-vel él. A pozitív státusz megismerése mint egy új időszámítás origója jelenik meg elbeszélésében. A pozitív státusz ismertté válását megelőzően nem használt óvszert, azt viszont nem jelenthetjük ki, hogy azt követően már minden szexuális aktus során használt volna. Az idézett szövegegységben ugyanis a „keésőbbi” védekezésről szóló állításának kizárólagosságát elgyengíti egy félmondat: „amikor csak lehetett”. Arra nem derül fény, hogy a korlátozott lehetőségek alatt pontosan mit ért interjúalanyunk, e félmondat csupán azzal a jelentéssel bír számunkra, hogy a HIV-pozitív státusz ismertté válását követően sem volt következetes az óvszerhasználata. Zsiga szövegrészletében e mellett megjelenik egyfajta (ön)ítélkezés is. Morálisan elítéli saját – és feltehetően a többes szám első

19 A promiszkuitás kifejezést jobb fogalom híján és elterjedtsége okán – bármiféle morális vagy moralizáló hangsúly nélkül – használtam azokra a magatartásformákra, amikor egy-egy interjúalany saját értelmezésében sűrű partnerscseréről vagy jellemzően nem-monogám szexuális kapcsolatokról számolt be. Az (internalizált) mononormativitásról lásd a 17. lábjegyzetet.

20 Megjegyzendő, hogy a hepatitisz C vírussal fertőzöttek 95%-a gyógyítható megfelelő klinikai kezeléssel.

személyű megfogalmazás alapján a többi meleg – szexuális magatartásformáit: a „*lazá*” szexuális életet. Az interjúalany szóhasználatára utalhat a promiszkuitásra, vagy bármely kockázatos szexuális magatartásformára (pl. óvszer nélküli anális közösülés, csoportszex stb.). Interjúalanyunk ugyanakkor nem egyszerűen a kockázatos szexuális magatartásformák felett ítélekezik morális alapon, hanem semmiféle szexuális életet sem tart biztonságosnak. Az idézett részben a veszélyforrás maga a szex:

„Régen nem is gondoltam erre, aztán később védekeztem, amikor csak lebetett. Azt is tudomásul kell venni, hogy amilyen laza szexuális életet élünk, folyamatosan a tűzzel játszunk. Van, aki szerencsésebb, és megússza, van, aki nem ússza meg. Ezzel mindenkinek számolnia kell. Aki csak kizárólag a biztonságosabb szexet űzi, az is a tűzzel játszik. Van egy csomó lehetőség, amivel elkaphatja. Rettegtem mindenféle szexuális megnyilvánulástól. Hogy akkor tönkreteszek egy másik életet” (Zsiga 40).

Interjúalanyunk szexhez való viszonyát jellemzi a zárógondolatként megfogalmazott rettegés, ami akár a szexualitás teljes elutasításához is vezethet. A biztonságos(abb) szex értelmezése is úgy jelenik meg a fenti szövegrészletben, hogy a szexuális élet eleve kockázatos. A kockázatot úgy értelmezi, mintha a kockázat csökkentésében, a biztonságra való törekvésben az egyénnek csekély, avagy szinte semmi szerepe nincs, nem aktív cselekvőként jelenik meg, aki befolyásolhatja a történeteket, hanem mintegy fátumszerűen szenved el sorsát. A kockázat önmagában jelen lévő entitás, rajtunk kívül áll, s csak a szerencsén múlik, hogy lecsap-e ránk – amennyiben szexuális életet élünk.

A biztonságos(abb) szex értelmezések között találunk olyanokat is, melyek orvosi tényeken, vagy azok félreértelmezésén, félinformációkon alapulnak, ugyanakkor meggyőzően érvelnek interjúalanyaink e kölcsönzött (tudományos, epidemiológiai) nyelv használatának segítségével úgy, hogy bizonyítani szándékoznak, miszerint ők tájékozottak a biztonságos(abb) szex kérdéskörében, tényeket ismernek, így az elbeszéléseiket hallgató/olvasó szemében igyekeznek hitelesnek tűnni. Zsiga (40) a biztonságos(abb) szex értelmezésekor szükségesnek tartja elmondani a HIV-fertőzés terjedésével kapcsolatban, hogy mit is tud a fertőzés módjairól. Tulajdonképpen az idézett szövegrészletben egy fordított eszmefuttatásnak lehetünk tanúi, amikor az interjúalany kijelenti, hogy nem létezik száz százalékosan biztonságos szex, majd indokoltnak látja ezt az állítást alátámasztani szerzett ismereteivel. Olyan statisztikai adatnak látszó információkat közöl, melyeket empirikus adatok nem támasztanak alá, ugyanakkor e vélt statisztikai adatoknak köszönhetően igazolva látja ezt megelőző állítását. A százalékos kifejezési mód mellett, amit valószínűsíthetően a tudományos-epidemiológiai nyelvből kölcsönzött, érdemes a szóhasználatra is külön figyelmet fordítanunk, ahol a szexualitást leíró medikalizált nyelvhasználat kifejezéseit használja: „*anális és orális szex*”,

s mindez figyelemreméltó kontrasztot képez a szövegrészlet elején található „*gumibaszó*” megnevezéssel, ahol nem a medikalizált nyelv által elterjedt „*óvszerhasználat*” kifejezést használja:

„Számomra nyilván a gumibaszó alapvető, lenne, ha 100%-os biztonságról akarunk beszélni, de nincs 100%-os biztonság, lássuk be. Visszatérve még egy mondat erejéig a biztonságos szexre, az én tudomásom szerint az esetek 90%-ában az anális szexben sikerül elkapni ezt a vírust. Nagyon ritka, hogy orális szexszel kapják el” (Zsiga 40).

Janó (49) szintén a medikalizált nyelvből kölcsönzött kifejezésekkel támasztja alá mondanivalóját. Szóhasználatában külön figyelmet érdemel a „*spermaürítés*” kifejezés, s e mellett arról is feltétlenül tájékoztatni akar bennünket, hogy tisztában van azzal, nem csak ejakulációkor szabadulnak el vírusok, hanem azt megelőzően, már az „*elővadás*” is tartalmazza őket: „*Csak biztonságosabból beszélhetünk, mert teljesen biztonságos nincs. Mert elkerülhetetlen balesetek előfordulhatnak. Az óvszert mindenképpen a biztonságosabb eszközökhöz sorolnám. Amikor spermaürítés van, akkor mindenképpen szükséges a használata, az elővadás is tartalmazhat vírust*”. – Ő is kijelenti, hogy nem létezik teljesen biztonságos szex, s bár az óvszerhasználatot nevezi meg mint a biztonságos(abb) szex egyik kellékét, a továbbiakban nem a kockázatos szexuális magatartásformák kerülését említi, hanem külső tényezőknek tulajdonítja azt, hogy nem létezhet száz százalékosan biztonságos szex. „*Elkerülhetetlen balesetekről*” beszél, amik a szexuális aktusban részt vevők közreműködése nélkül következnek be, megtörténnek anélkül, hogy arra bárki is befolyással lehetne.

Interjúalanyaink biztonságos(abb) szex értelmezéseinek jellemző mintázatai között megjelenik az érzelmi magyarázat, amikor a másik iránti bizalmat tekintik a biztonság zálogának. A partner megismerése, ismerete például Elek (27) számára is kitétele a biztonságos(abb) szexnek, az óvszerhasználat mintegy mellékes komponensként jelenik meg:

„Azt kell mondani, hogy oké, hogy a kondom gumi véd, de a veszély az megvan. Amikor valaki nem ismeri a partnert, az nem biztonságos” (Elek 27).

Zolcsi (26) biztonságos(abb) szex értelmezésében is szerepet kapnak benyomások alapján történő vélekedések, amikor a „*tisztaságot*” és az „*ápoltságot*” sorolja előrébb az óvszerhasználatnál. Elsődleges a benyomásokon alapuló bizalom, s emellett kellékként jelenik meg az óvszerhasználat mint a biztonságos(abb) szexre való törekvés:

„Biztonságos szex. Hát... azt [jelenti], hogy mind a két fél, aki... mind a két fél tiszta, ápol, és védekező van” (Zolcsi 26).

Gergő (46) kialakult nézetei a biztonságos(abb) szexszel kapcsolatban számos hiedelmet és tévinformációt tartalmaznak. Meggyőződése, hogy amennyiben az ejakuláció a testnyílásokon kívül történik, az már önmagában védekezésnek számít. Azzal tisztában van, hogy az előváladék is tartalmaz vírusokat, ezért érzi szükségét leszögezni, hogy neki nincs előváladéka, így ettől a fertőzési formától nincs miért tartania. Arra pedig különösen ügyelt minden partnerénél, hogy még az ejakuláció előtt megszakítsa az anális közösülést, így – értelmezésében – megvédte szexuális partnerét attól, hogy megfertőződjön:

„Szerencsére nincs előváladékom. És én állandó partnereimet gumi nélkül az utolsó előtti pillanatig dugtam, és amikor tudtam, hogy már nemsokára közeledik a végkíjfejt, és akkor kivettem, és akkor valamelyik testrészükre élveztem, hogy érintkezhesen a levegővel és pusztuljon el. Senkit nem fertőztem meg” (Gergő 46).

Zárómondatában teljes bizonyossággal állítja, hogy ő senkinek sem adta tovább a HIV-fertőzést, ő mindent megtett ennek elkerülése érdekében. A fenti szövegrészletben megjelenő tévinformációk alátámasztják azt a szakpolitikákban, társadalmi szervezetek által (is) megfogalmazott igényt, miszerint Magyarországon szükség van további HIV/AIDS prevenciók kampányokra, tudatosságnövelő képzésekre, tréningekre, általában véve a HIV/AIDS közbeszédben való erőteljesebb megjelenésére, hogy hatékonyak legyenek a HIV-fertőzés terjedésének gátat szabni kívánó intézkedések.

Gergő (46) én-elbeszélésének másik szövegrészletében részletesen megosztja velünk abbéli nézeteit, miszerint a *figyelem* – bármit is jelentsen és eredményezzen ez az adott kontextusban – az elsődleges forrása a biztonságos(abb) szexnek. A korábban idézett szövegrészlet alapján arra következtethetünk, hogy jelen esetben Gergő a megszakított közösülésre gondol. Azaz, a *figyelem* csupán arra irányul, hogy időben meg kell szakítani a közösülést, s ez elegendő a biztonságos(abb) szex szabályainak betartásához. Partneriben nem feltétlenül bízik meg annyira, hogy ők is *figyelnek*, ezért ezt saját feladatának tartja a partnerre nézve is:

„Nem vesztetem el a fejemet. Ohyan vagyok, hogy soha nem tudom kikapcsolni a környezetemet, én mindig mindent hallok, mindig mindent látok. Tehát nem tudom annyira átadni magam a pillanatnak, a gyönyörnek, hogy ezeket kikapcsoljam. Ezért nálam egészen más a biztonságos dolog, mint azoknál az embereknél, akik sikoltoznak, úgy élveznek el, hogy megszűnik körülöttük a világ. Ezért úgy érzem, hogy nem definiálható. Én ebben hiszek. Hogy a partnerem folyamatos kontroll alatt legyen. Magamon ismerem az összes jeget, hogy mire kell figyelni” (Gergő 46).

Az óvszerhasználati szokásokkal és a biztonságos(abb) szex értelmezésekkel kapcsolatban azokra az eredményekre jutottam, hogy bár a HIV-vel élő interjúalanyok óvszerhasználati szokásai a sűrűbb óvszerhasználat irányába mutatnak pozitív státuszuk ismertté

válását követően, ugyanakkor ez nem jelenti azt, hogy minden esetben használnának óvszert anális közösüléskor. Idézett HIV-vel élő interjúalanyaink identitásának megkonstruálásában döntő szerepet játszik a múltbéli események – elsősorban a kockázatos szexuális magatartásformák gyakorlása – felett hozott morális (olykor inkább morálizáló) ítélet, de egyúttal fel is mentik magukat a felelősség alól. A HIV-fertőzés megszerzését általában fatalista módon közelítik meg: rajtuk kívül álló okokkal magyarázzák. Kiemelt jelentőséget tulajdonítok annak, hogy az idézett interjúalanyok biztonságos(abb) szex értelmezései nem alkotnak egységes mintázatokat, azok számos hiedelmet és tévinformációt is tartalmaznak. Ez alátámasztja azt a társadalmi igényt, miszerint szükség van a társadalom szélesebb rétegeiben is, de célzottan az MSM populációban is olyan további HIV/AIDS prevenciók felvilágosításra, amely nem csupán a populáció(k) ismereteire, hanem viselkedési mintázataira és attitűdjeire is reflektál (Race 2014).

KOCKÁZATOS SZEXUÁLIS MAGATARTÁSFORMÁK

A kockázatos szexuális magatartásformák mintázatainak feltárásakor nem csupán arra törekedtem, hogy melyek azok a *cselekedetek*, melyeket HIV-vel élő interjúalanyaink beszámolóí alapján kockázatosnak minősíthetünk, hanem arra is figyelmet fordítottam, hogy az elbeszélésekben miként jelennek meg a kockázatos szexuális magatartásformák értelmezései az interjúalanyok szövegegyeségeiben. Azaz, miről számolnak be azzal kapcsolatban, hogy mit *észlelnek* kockázatosnak. A kockázatos szexuális magatartásformákkal kapcsolatos percepcióik arra engednek következtetni, hogy nem mutatható ki egységes álláspont a 28 interjú alapján azzal kapcsolatban, hogy melyek az egyértelműen kockázatosnak ítélt magatartásformák, ugyanakkor a szövegeket elemezve mintázatokat felfedezhetünk.

Kockázatos szexuális magatartásformaként értelmezem az óvszer nélküli anális közösülést (*unprotected anal intercourse*) és a védekezés nélküli (gumikesztyű használatának mellőzése) ökölszexet (*fisting*). Valamint azokat a tényezőket, amik e viselkedésformát erősíthetik csökkentve a kockázat észlelésének lehetőségét: a tudatmódosító szerek (kábitószer és alkohol) használatát, a csoportszexben való részvételt. Egyes esetekben szintén a kockázat észlelésének csökkenését eredményezheti a különböző szexuális segédeszközök igénybevétele (pl. műpénisz közös használata) és a szado-mazochista szerepvizonyokból fakadó szexuális helyzetek, s az ezzel járó fétishasználat (pl. kikötözés, bekötött szem).

A kockázat észlelésének mértéke jelentős hatással van arra, hogy mik azok a szexuális magatartásformák, amelyekben az érintettek hajlamosak illetve hajlandók részt venni.

Az észlelést gátló tényezőket három csoportba sorolhatjuk: a nem-tudással kapcsolatos, információhiányból és hiedelmekből fakadó tényezők; a módosított tudatállapottal kapcsolatos tényezők; valamint a környezet által generált figyelemelterelő tényezők. E három észlelést gátló tényező szétszalazható ugyan, de a beszámolók alapján állítjuk, hogy sok esetben együtt jár(hat)nak.

A HIV-fertőzés továbbadásával kapcsolatos hiedelmek elterjedtségét támasztja alá Egon (40) alábbi szövegrészlete. A megszakított közöslést említi mint elterjedt nézetet, ami megakadályozhatja a HIV-vírus átadását. A megszakított közösléssel kapcsolatban megszítja velünk, hogy ő tisztában van annak elégtelenségével:

„Ezekben az alkalmi kapcsolatokban én dugtam óvszer nélkül... mióta beteg vagyok, azóta nem. Egy eset volt [amikor óvszer nélkül dugtam]... Megállnak az emberek, a csúcs előtt megállnak, és mindenféle megy, aminek olyan nagy értelme nincs. Sok esetben ez a ne élvezem belém, vagy mindenféle ilyen verzió van, holott tudom, hogy ez baromság, mert ez kevés” (Egon 40).

E beszámoló-részletben arra is érdemes figyelni, hogy a megszakított közösléssel kapcsolatos nézeteit azután osztja meg velünk interjúalanyunk, miután beszámol arról, hogy pozitív státuszának ismertté válását követően volt egy alkalom az életében, amikor óvszer nélkül análisán közöslött. Az elbeszélés sorrendisége arra enged következtetni, hogy feltehetően ő is kockázatot csökkentő magatartásformaként értelmezte a megszakított közöslést vagy a pozitív státusz ismertté válásának időpontjáig, vagy a legutóbbi védekezés nélküli anális közöslésének időpontjáig.

Gergő (46) a megszakított közösléssel kapcsolatos hiedelem képviselője, aki ezt a gyakorlatban is kockázatsökkentő tényezőként értelmezi. A legutóbbi óvszer nélküli anális közöslésre vonatkozó interjúkérdésre úgy válaszol, hogy meggyőződését fejezi ki a felett, hogy ő betartja a biztonságos(abb) szex szabályait, hiszen megszakította a közöslést ejakuláció előtt. E meggyőződését erősíti tovább a mondat szerkezete, amely azt a jelentést is magában hordozza, hogy amely esetekben nem szakította meg a közöslést, olyankor mindig használt óvszert. „Úgy, hogy élveztem, úgy nem volt óvszer nélküli anális szex.”

A tudatmódosító szerek használatával kapcsolatban kétfajta, jól elkülöníthető vélemény-nyel találkozhatunk interjúalanyaink elbeszéléseiben. A kétfajta azonosítható mintázat közül az egyik, amikor egy-egy én-elbeszélő arról számol be, hogy a tudatmódosító szerek használata befolyásolta viselkedését, hatásukra másképp érzékelt a „külvilágot”, a biztonságos(abb) szexszel kapcsolatos attitűdjei megváltoztak, s ennek következtében hajlamosabb volt a kockázatos szexuális magatartásformákra. Azaz: az alkoholos vagy

kábítószeres befolyásoltság következtében óvszer nélkül közösült análishan, illetve egyes interjúalanyok arról is beszámolnak, hogy nem voltak tudatuknál, emlékeik homályosak, hiányosak, így nem is tudják pontosan felidézni a történeteket, többnyire feltételezéseik vannak azzal kapcsolatban, hogy mi is történhetett velük, illetve milyen kockázatoknak tették ki magukat.

A tudatmódosító szerek használatával kapcsolatos másik azonosítható mintázat, amikor az interjúalany azt állítja, hogy rá semmiféle hatással nem volt e szerek használata, észlelését ezek nem befolyásolták. Zsiga (40) például arról számol be, hogy bár szokott marihuánát szívni és hasist használni, ezek lényegében egyáltalán nincsenek hatással viselkedésére és észlelésére. Ezt úgy is megerősíti az alábbi szövegrészletben, hogy ellentétes példaként hozza fel az alkoholfogyasztást, ami meglátása szerint jobban befolyásolja viselkedését. Az erre utaló mondatban érdemes figyelmet fordítanunk a szóhasználatra, s arra, hogy az e mondatban foglalt állítást viszonyítási pontnak szánta. E mondat tükrében, kontextusként megragadva azt és felhasználva a korábbiakban elmondottak értelmezéséhez, arra a következtetésre juthatunk, hogy a kábítószer-használat valószínűleg befolyásolta az interjúalany észlelését, csupán igyekszik ennek jelentőségét elgyengíteni beszámolójában, s az elbeszélésben már azt a benyomást kelteni, hogy nem volt rá számottevő hatással sem a hasis, sem a marihuána.

„Marihuánát szoktam szívni, meg hasist... de attól még teljesen a tudatomnál vagyok, és tudom, hogy mit szabad, és mit nem. Észnél tudok jobban lenni, mintha megiszom pár pohár piát. Legutóbbi szex a barátommal volt. [...] Engem dugtak. Ő ragaszkodott hozzá, hogy nem akar gumit húzni. Vigyázni fog” Zsiga (40).

Interjúalanyunk idézett fenti szövegegységében fel kell hívnom a figyelmet arra, hogy az ide vonatkozó interjúkérdés – a tudatmódosító szerek használata mellett – a legutóbbi óvszer nélküli anális közösülésre vonatkozott. Interjúalanyunk értelmezésében az óvszer nélküli anális közösülés szinonimájaként szerepel a „szex” szó, azaz a szex (szexuális kapcsolat) az ő meghatározásában az óvszer nélküli anális szexet jelent(het)i.

Zolcsi (26) elbeszélésében egy figyelemreméltó definíciós problémával találkozhatunk, konkrétan azzal, hogy nem is olyan egyszerű meghatározni, mi minősül kábítószernek (drognak). Az egyes fogalmak definiálását minden esetben az interjúalanyokra bíztuk, így azt is, hogy szabadon értelmezzék a kábítószer fogalmát. Ennek következtében egyes interjúalanyok számos tudatmódosító és/vagy potencianövelő szert is drogként értelmeztek, mások pedig az ismereteik szerint „hivatalos” kábítószerlistákon²¹ nem

²¹ Ezek a „hivatalos” listák viszonylag gyakran változnak, amelyeket kormányrendeletekben rögzítenek (legutóbbi általam átnézett a 66/2012. számú kormányrendelet, amely bővítette a kábítószerek listáját). A változások oka az ún. *dizájnerdrogok* és a potencianövelő szerek egyre sűrűbbé váló használata, ami jellemzi a meleg közösségek illetve az MSM-populáció egy részét is. Erre vonatkozó adatokat ISN kutatásunk során gyűjtöttünk.

szereplő szereket nem sorolták be a drogok közé. Zolcsi (26) az utóbbi csoportba tartozó meglátást képviseli, miszerint azok a tudatmódosító és/vagy potencianövelő szerek, melyeket „hivatalosan” nem minősítenek kábítószernek, azok nem számítanak drogoknak. Beszámolójában nem is arra reflektál, hogy a használt szerek vajon befolyásolták-e észlelését és viselkedését, pusztán közli, hogy ő nem droghasználó, s bár használt bizonyos szereket, mivel azok nem drogok, ezért negligálja az interjúkérdést. *„Nem drogoztam. Egy párszor használtam szex közben Popperst és Rush-t²², de az nem számít drogoknak.”* Ugyanakkor következtethetünk arra – a sugallt jelentésre támaszkodva –, hogy elbizonytalanodott afelől, hogy az általa használt szerek drogok-e, hiszen arra irányuló kérdés egyáltalán nem hangzott el, hogy használt-e Popperst vagy Rush-t, minderről önkéntesen számolt be, azaz valami oknál fogva ezt mégis fontosnak ítélte megemlíteni.

Krisztián (37) a legutóbbi óvszer nélküli analíz közösülésre vonatkozó kérdésre válaszolva számol be arról, hogy a tudatmódosító szerek jelentős mértékben befolyásolták észlelését és viselkedését kockázatos szexuális magatartásformákat eredményezve. Az elbeszélés-részlet töredezettségének ellenére következtethetünk arra, hogy elbeszélőnk egy tartós párkapcsolatát követően közösült óvszer nélkül analízban: volt párjával és annak egy barátjával. Részletesen beszámol arról, hogy tudatmódosító szerek hatása alatt állt, s épp ezért vállalta a kockázatokat. Az elbeszélés-részlet töredezettsége is mintha azt támasztaná alá, hogy az interjúalany emlékei is töredezettek, hiányosak, kissé kuszák az múlt eseményeivel kapcsolatban:

„Tavaly júniusban [volt a legutóbbi óvszer nélküli analíz közösülés]. ... Ebben a batéves kapcsolatomban. ... Nála [történt]. ... az, hogy a batéves kapcsolatnak vége, az azt jelentette, hogy akkor elköltöztem. A szexuális együttéléink azért megvoltak. ... Én vittem dolgokat még, tehát szükség volt kis kedélyjavító dolgokra, és ő meg hozott még egy partnert. Egy régi barátját hozta, és akkor úgy gondolta, hogy bármasban eltöltjük az estét. ... meg volt szervezve. Én nagyon túlszúrtam, illetve belöttem magam ... Ecstasy, speed, kokain ... és én nem nagyon tudtam kontrollálni a viselkedésem. ... Minden volt. Analíz, és orális is – de több menet volt, hárman fekváltva” Krisztián (37).

Interjúalanyunk a csoportszex elbeszélése közben – azzal egyszerre, hogy beszámol arról, hogy *„nem nagyon tudta kontrollálni a viselkedését”*, mivel fogyasztott háromféle kábítószerrel is – meg is szépiíti az emlékeit egy eufemizmusslal élve, hiszen a használt tudatmódosító szereket *„kis kedélyjavító dolgoknak”* nevezi. Nem is minősíti sem negatívan, sem pozitívan a történeteket elbeszélésében, beszámolója – habár töredékes – tárgyilagos.

22 Az *alkyl-nitritek* csoportjába tartozó „vágófokozó” tudatmódosító szerek.

Fer1 (34) különbséget tesz a múlt és a jelen eseményei között, hangsúlyozva, hogy a jelenben már alig-alig használ kábítószert, szexhez pedig már egyáltalán nem. Ezzel az egyértelmű elhatárolódással feltételezhetően azt igyekszik kifejezni, hogy a régi énjéhez képest mennyit változott; *akkori* cselekvései és *mostani* attitűdjei és viselkedési mintázata között különbség van. A régmúlttal kapcsolatban arról számol be, hogy rendszeresen használt tudatmódosító szereket, érdemes azonban az ő elbeszélésében is felfigyelnünk arra, hogy mindeközben egy félmondat erejéig tesz arra megjegyzést, hogy valójában az általa (régebben) használt tudatmódosító szerek valamelyike, vagy mindegyike (ki tudja milyen alapon) „igazándiból nem drog”. Ezzel a megjegyzéssel tovább erősíti azt a feltevést, miszerint a kábítószer-használattal kapcsolatos beszámoló-részletben arra törekedett, hogy eltávolítsa magától hajdani énjét. Az eltávolítás mellett megjelenik a szövegegységben az elbeszélte történetek *gyengítése* is: rendszeres szerhasználatról szól a beszámoló, a bevezető mondatban azonban az elbeszélő a „*képróáltam*” szót használja, ami önmagában esetleges szerfogyasztásra utalna, jelen esetben ezt azonban a szövegkörnyezet megcáfolja. Az eltávolításnak és gyengítésnek kétféle motivációja is lehet: egyrészt az elbeszélő nem tud azonosulni valamikor önmagával, másrészt meg akar felelni az interjút készítő (feltételezett) elvárásainak:

„Azt vettem észre, hogy nagyon sok mindent képróáltam, az intravénás drogokon kívül azt hiszem, hogy mindent. Fű, basis, Ecstasy, speed, kokain, igazándiból nem drog, de mégiscsak az. Voltak időszakaim, amikor rendszeresen használtam. Volt, amikor beti háromszor is. Buliztam, és akkor Ecstasy, esetleg alkohol. Az előző párkapcsolatomban vele füvezünk rengeteget, és ez a szexhez kötődött. Most jelenleg úgy vagyok vele, hogy ha nagyon ritkán, évente 3-4-szer elmegyünk bulizni, akkor azért valamilyen partidroggal rásegítünk. Most már szexhez nem használunk” (Fer1 34).

Interjúalanyunk a marihuána használatával kapcsolatban fogalmazza meg, hogy az ki-mondottan a szexuális aktusokhoz kötődött, de nem feleli el, hogy biztosítson bennünket arról: ez csak a múltban történt így, jelenleg csak elvéve fogyaszt „partidrogokat”. Arra vonatkozóan, hogy a tudatmódosító szerek mennyiben befolyásolták észlelését és viselkedését, nem oszt meg velünk információkat.

Ákos (22) részletesen és reflektáltan számol be a tudatmódosító szerek használatáról az idézett interjúrészletben: veszélyforrásként, kockáztnövelőként értelmezve a kábítószereket. Szóhasználata, kifejezőmódja – például a „rizikófaktor” emlegetése – utal arra, hogy tájékozott a szerhasználattal kapcsolatban. Ugyanakkor tudását nem mások elbeszélései alapján szerezte, hanem személyes tapasztalat útján, bár ez nem derül ki a szövegegység elején, csupán később, egy-egy közbevetés során. Az idézett részlet akár amolyan foucault-i „igazságeremtő” vallomásként is értelmezhető, amennyiben grammatikailag és szemantikailag is elemezzük. Interjúalanyunk az elbeszélést többes szám

harmadik személyű igealakokkal kezdi (*használják*), ezzel eltávolítva magától a kábítószer-használatot. A következő mondatot pedig egy egyszerű, tárgyilagos megállapításként fogalmazza meg úgy, hogy az állításnak (rejtett) általános alanya van, azaz: mintha ez a mondat még mindig nem az elbeszélőről szólna. Ezt követően én-elbeszélésében változtatva használja az egyes szám első személyű, vagy a többes szám harmadik személyű igealakot, vagy általános alanyt alkalmaz arra, hogy eltávolítsa önmagától a mondani-valóját. Az eltávolítást tovább erősíti, hogy múltbéli önmagát értelmezve úgy magyarázza a történeteket, hogy a szerhasználat valójában nem a kockázatos szexuális magatartásformákat segítette elő, hanem az érzelmeit, amik pedig nem a szexualitáshoz kötődnek. Azaz: elsődleges összefüggést a szexualitástól függetlenül próbál azonosítani. A szerhasználatnak tulajdonítja, hogy az felerősítette „*kapcsolatvágó*”, „*szerelemvágó*”, sőt, mintha e felfokozott érzelmi állapot segített is volna neki a kockázatok csökkentésében. A „*hiába*” szó szerepeltetése sem a tudatmódosító szerek viselkedésre gyakorolt hatásához kapcsolódik, hanem ahhoz, hogy az elbeszélő én szinte azt bizonygatja: „én is ember vagyok, nekem is vannak érzelmeim”, annak ellenére, hogy magas kockázattal járó szexuális tevékenységekben vett részt:

„Az ökölszexbe is használják a crisco-t... A másik, ami veszélyforrás, az a könnyűdrogok használata. Igen [használok drogot], extasy-t. Amit a Coxx-ban is látok, hogy használnak, az a poppers. Annak nincs olyan hatása, mint az extasy-nak, de ez is rizikófaktor. Ezek használatával sokkal több mindent enged meg magának az ember. Ez tapasztalat. Érzelmi gondjaim voltak ebből kifolyólag, mert nehezebben kontrolláltam az érzelmeimet. Ezek a szerek felfokozták azt az érzelmi állapotot, amit az ember kíván. Miután nekem érzelmi szinten kapcsolatvágó, szerelemvágó volt, ha ezeket a szereket használtam, hiába voltam olyan közegben, ahol keményebb szexről volt szó, megvolt a tudatalattimban, hogy én mást is szeretnék. Többet gondolkodtam a nem biztonságos szexről, engedékenyebb lettem volna, de mindig tartottam magam előtt egy határt, amit nem akartam átlépni. Ilyen anyagokkal sok minden eszébe jut, amit normál körülmények között elutasít. Igen, negatív irányba is befolyásolhatja.”

Ákos (22) elbeszélésének fent idézett szövegegysége az elidegenítő grammatikai eszközök ellenére vallomás-szerű. Rengeteg információt tartalmaz arról, hogy interjúalanyunk milyen tudatmódosító szereket használt, milyen kockázatos szexuális magatartásformák jellemezték, miféle vívódásai voltak (és feltehetőleg vannak) azzal kapcsolatban, hogy „megfelelően” élte-e életét. Részletesen nem számol be arról, hogy milyen szexuális aktusokban vett részt, erre pusztán következtethetünk az alapján, ahogy a „*keményebb szexről*”, a „*nem biztonságos szexről*” beszél. A tudatmódosító szerek használatával kapcsolatban is csak annyit állapíthatunk meg, hogy használt néhányat. Az elidegenítő megfogalmazás módja, az egyes mondatok modalitása nem teszi lehetővé, hogy biztosan megállapíthassuk, mely szereket is használta az interjúalany, csupán a személyes tapaszt-

talatokra való hivatkozás engedi meg azt a feltételezést, hogy valószínűleg az összes felsorolt szert kipróbálta (vagy rendszeresen használta).

András (34) kábítószer-használatra vonatkozó beszámolóját úgy tárja elénk, mint aki passzív elszenvedője volt az eseményeknek, holott azt nem állítja, hogy tudtán kívül drogozták volna be, de hangsúlyozza: *kepta* a drogokat. Interjúalanyunk elmondja, hogy mind észlelését, mind viselkedését befolyásolta a tudatmódosító szer használata: emlékei is töredezettek, *feltételezi*, hogy miként történtek az események. Abból von le következtetéseket, hogy a beszámolójában említett szexuális aktust teszi meg a HIV-fertőzés időpontjának, s ez alapján *valószínűsíti*, hogy óvszer nélkül közöskülhetett anélisan. Az emlékezés bizonytalanságát tovább erősíti azzal az állítással, miszerint azért mégsem biztos abban, hogy ekkor fertőződhetett meg, mert felidéz egy másik alkalmat is – egy csoportsexet – amikor szintén lehetősége volt HIV-pozitív státuszúvá válni.

„Úgyhogy adott nekem egyszer [drogokat] ... és akkor én támolyogtam, meg így mindenféle voltam. Amikor így már kezdtem lejönni a magasról, akkor kezdtünk szexelni, és akkor ő volt az aktív. Én most nem tudom, hogy belém élvezett-e, vagy nem, de kb. abban az időben fertőződtem meg. Vagy karácsonykor. Akkor is volt egy gruppi” András (34).

Én-elbeszélőnk fenti interjúidézetében érdemes az utolsó – csoportsexre vonatkozó – mondatában lévő „is” szócskát is bevonnunk a jelentésmezőbe, ami azt üzeni számunkra, hogy nem ez volt az egyetlen alkalom, amikor interjúalanyunk csoportsexben vett részt, sőt, azt sugallja, hogy e kockázatos szexuális magatartásforma jellemzi viselkedését. Az András (34) készült mélyinterjú egy másik szövegegysége ezt a feltételezésünket meg is erősíti, mi több, azzal a többletinformációval is kiegészíti, hogy a rendszeres csoportsexben való részvétel során az óvszer nélküli anális közöskülés az általános számára: *„az elmúlt évben tízenégy emberrel [közöskültem óvszer nélkül anélisan] – többesben, csoportsex, bareback”²³*.

Herki (32) szintén arról számol be, hogy a tudatmódosító szerek használata könnyen eredményez(het) kockázatos szexuális magatartásformákat, amiknek legfőbb helyszíneként a szexpartikat nevezi meg. Beszámol alkohol- és kábítószer-fogyasztásról is, s mindkettőnek tulajdonít jelentőséget abban, hogy csökkentik a kockázat észlelését, és befolyásolják a viselkedést. Az alábbi szövegegységben arra kívánom felhívni a figyelmet még, hogy interjúalanyunk egyetlen egyszer sem mondja ki, hogy óvszer nélkül közöskült volna, nem nevezi nevén a dolgokat, hanem mintegy szemérmesen utalgat az óvszerhasználat mellőzésére. *„Bizonyos dolgoknak”, „ilyen dolgoknak”* nevezi az óvszerhasználat hiányát, a *„mindentre”* szót használja, amikor pusztán az óvszer használatáról

23 Az óvszer nélküli közöskülésre használt angol nyelvű kifejezés, ami ebben a formában használatos a „meleg-közösségen” belül.

lenne szó, s mondatai grammatikailag is hiányosak, éppen az óvszer nélküli analízis közösülés nem szerepel bennük, amiről szólnak maguk a mondatok:

„Ha az ember iszík egy kicsit, akkor gátlástalanabb lesz. Olyankor már kevésbé figyel oda bizonyos dolgokra az ember. Jobban elbagyja magát, nem figyel mindenre oda, és akkor valószínűleg bele megy, vagy rá is lehet beszélni [az óvszer nélküli közösülésre]. Akkor egy kicsit olyankor könnyebben bele megy ilyen dolgokba. [A szexpartikon] alkohol is, meg drog is szokott lenni: ... Extasy tableta, meg amfetamin. Általában ezek a parti-drogok... volt, hogy füves cigik is előkerültek, de nem az volt a jellemző” (Hertki 32).

Interjúalanyunk elbeszélésében szintén érdemes arra is figyelni, hogy egyetlen egyszer sem használ (egyes vagy többes szám) első személyű igealakot, mindvégig általános alkalmaz, ami egyben a tárgyyszerű megállapítás érzetét is kelti, s egyben azt is közvetíti felénk, hogy elbeszélőnk eltávolítja magától az elmesélt történetet.

Egy másik interjúalanyunk is arról számol be, hogy a tudatmódosító szerek használata kockázatos szexuális magatartásformákhoz vezethet a kockázat észlelésének következtében, aki szintén általános alanyt használva fogalmazza meg mondanóját:

„Az utolsó pillanatban is lehet az ember olyan alkoholos vagy drogos, amikor már nem ura a helyzetnek” (Edömér 38).

Krisztián (37) az alábbi szövegegységben egyes szám első személyben beszél el önmagát, azonosul múltbeli énjével. A tudatmódosító szerek használatának céljaként jelöli meg az „oldottabb” viselkedést, melynek helyszíne a szexparti. Arról nem számol be (ebben az interjúrészletben), hogy a felszabadultság érzése miként befolyásolta a kockázatok észlelését, illetve milyen kockázatos szexuális magatartásformákhoz vezetett, de arra utal elbeszélésében, hogy a veszélyt azonosította. Az veszély azonosításának időpontja azonban feltehetően az emlékezés és nem a megélt történések időpontja, legalábbis arra következtethetünk a megfogalmazás sorrendiségéből, hogy a szerhasználat megnehezítette a viselkedés kontrollálását. Az idézett interjúalany utolsó mondatában – feltehetően ő is az események eltávolításának céljával – általános alanyt használva fogalmazza meg mondanóját:

„[A szexpartikon] úgy 80-85%-ban [használunk drogot]. Ha elborult az agyam, akkor is azért figyelni kell ... e bulik [természetes velejárói]. Az alkohol, az inkább másodlagos volt, az elsők ezek a szerek voltak [extasy, kokain], hogy még jobb legyen a buli. Még feloldottabb legyen az ember” (Krisztián 37).

Tomi (30) én-elbeszélésének idézett szövegegységében egyes szám első személyű igealakokat használ, ezzel erősítve az elbeszélt én önazonosságát, a beszámoló-részlet vallomás-szerűségét. A kábítószer-használat mintegy mellékes szálként jelenik meg a legtöbb óvszer nélküli analízis közösülésről szóló szövegegységben. Interjúalanyunk

megosztja velünk, hogy az óvszer használatának mellőzése „közös döntés” eredménye volt, szándékos, mindkettőjük akaratával egyező cselekedetként meghatározható:

„Közös megegyezés volt [hogy nem használunk óvszert]. Drog volt, de rendszeres partner az életben, tehát nem most találkoztunk először, teljesen tisztában volt a helyzettel, s ez egy közös döntés volt, hogy nem használunk. Én HIV-pozitív vagyok, ő viszont nem”
Tomi (30).

Az interjúalany mintegy védekező hangsúllyal fűzi a szavakat akkor, amikor a kábító-szer-használathoz tartozó „lábjegyzetként”, magyarázatképpen számol be arról, hogy szexuális partnerével rendszeresen folytat szexuális viszonyt, s hogy a partner ismeri HIV-pozitív státuszát. A szövegegységben az elbeszélés lineáris struktúráját is figyelembe véve feltűnhet számunkra, hogy nem mondja ki a HIV-pozitív státuszára vonatkozó állítást, helyette a „tisztában volt a helyzettel” kifejezéssel él: e helyettesítő kifejezés elidegenítő jellegét a zárómondat kontextusában nyeri el teljesen, ugyanis elbeszélőnk a történet elmesélésének legvégén számol be arról, hogy szexuális partnere HIV státusza negatív (tudtuk szerint). A kockázatos szexuális magatartásformák gyakorlásával kapcsolatban rámutattam arra, hogy a viselkedést jelentős mértékben befolyásolja a tudatmódosító szerek használata, csökkentve a kockázat észlelésének mértékét. Az én-elbeszélésekben azonosítható énkép ennek ellenére két jól elkülöníthető mintázat alapján konstruálódik: interjúalanyaink egy csoportja belátja, és egyben reflektál is rá, hogy a tudatmódosító szerek használata befolyásolta szexuális magatartásformáit növelve a kockázatok mértékét is viselkedésében, interjúalanyaink egy másik csoportja viszont arra törekszik elbeszélésében, hogy a tudatmódosító szerek használata és a kockázatos szexuális magatartásformák közötti összefüggést elfedje. Az összefüggés elfedésére használt fő eszközük a tudatmódosító szerek viselkedésre gyakorolt hatásának tagadása.

A tudatmódosító szerek használatának kockázatos szexuális magatartásformákat eredményező hatása mellett arra is rámutattam, hogy interjúalanyaink idézett szövegegységei nyomán kirajzolódó mintázatként azonosíthatjuk a szexpartikat mint a kockázatos viselkedés jellemző helyszínét. Így arra következtethetünk, hogy mind a tudatmódosító szerek használata, mind a szexpartikon jellemző kockázatos szexuális magatartásformák előfordulása növeli a HIV-fertőzés terjedésének esélyét.

HIV-FERTŐZÉS, REFLEXIÓK ÉS PERCEPCIÓK

A HIV-vírusával való megfertőződésről szóló beszámoló-részletek kulcsszerepet töltenek be az én-elbeszélésekben, mivel a megfertőződés kontextusa jelöli ki azt a referenciapontot, amikortól az interjúalany HIV-vel élőként határozza meg magát. Egészen pontosan: a HIV-pozitív státusz ismertté válásának időpontjában visszaemlékezve konstruálja meg megfertőződésének történetét, s törekszik arra, hogy kijelölje azt a referenciapontot, amikortól HIV-vel élőként azonosítja magát.

Interjúalanyaink elenyésző kisebbsége állította azt én-elbeszélésében, hogy nem tudja megnevezni, hogy mikor és hogyan fertőződhetett meg a HIV-vírusával: többségükben megneveznek egy-egy konkrét eseményt és időpontot, mi több, egész magyarázat-rendszereket fűznek hozzá megfertőződésük történetéhez. Ugyanakkor e magyarázat-rendszerek telítettek feltételezésekkel, bizonytalansággal a történeteket illetően, számos esetben arra törekedve, hogy racionális, ámde sorsszerű meglátásba helyezték a megfertőződés eseményeit. Megfigyelhető, hogy az interjúalanyok egy jelentős csoportja „balesetként” magyarázza HIV-pozitív státuszúvá válását, olyan eseményként, amire ő nem lehetett hatással, egyszerűen csak megtörtént, bár számos elbeszélés-részlet mutat arra rá, hogy a fátumszerű meglátásba helyezést el-elbizonytalanítja az elbeszélő azzal, hogy egyúttal beszámol kockázatos szexuális magatartásformákról, melyek viselkedését jellemezték. Az – általában – hosszabb szövegegységek a megfertőződés történetével kapcsolatban jellemzően tartalmaznak olyan részleteket, amik arra engednek következtetni, hogy – bármiféleképpen is magyarázza az elbeszélő-én megfertőződésének történetét – az interjúalany (akár rendszeresen) közösült óvszer nélkül análishan. Így valószínűsíthetően nem minden esetben az azonosítottként vélt esemény – vagy legalábbis nem a történetben megkonstruált formában – a megfertőződés kontextusa. Erre enged következtetni egy-egy elejtett megjegyzés is, ami az óvszer nélküli anális közösülésre utal, illetve jellemzően egy *másodikként* elmesélt történet, amikor az elbeszélő elbizonytalanodva, ugyanakkor szinte felismerésszerűen valószínűsíti, hogy másképp is történhetek a dolgok, mint ahogy azt eddig feltételezte.

Jellemző mintázatként azonosítható, hogy mind a megfertőződéshez (feltételezetten) kötődő szexuális aktust, mind az óvszer nélküli anális közösülést rájuk nem jellemző, atipikus magatartásformaként beszélik el.

Rudolf (29) hosszasan vívódva számol be arról, hogy mik lehetnek megfertőződésének körülményei. A szövegegység elején azt állítja, nem szeretné megtudni, hogy miként és mikor is kaphatta meg a HIV-vírust; nem magát tartja felelősnek a történetekért, hanem a sorsot. Megfogalmazása ugyan arra irányul, hogy magának nem tud(na) megbocsátani, ugyanakkor nem önmagát okolja, hanem a (rajta kívül álló) körülményeket. Beszámolója második részében arra törekszik – hogy a korábban állítottakkal ellentétben –

mégis azonosítsa megfertőződésének körülményeit. Az elbeszélés töredezettsége is utal bizonytalanságára, s egyben arra is, miként igyekszik eltávolítani magát a felelősséget. Három szexuális együttlétet sorol fel mint potenciális lehetőséget a megfertőződésre. E három felidézett esemény sorrendisége figyelemre méltó abból a szempontból, hogy az – általa is – legvalószínűtlenebbnek ítélt felől halad a legvalószínűbb felé, lassan közelítve ahhoz az emlékképhez, ami feltehetően legközelebb áll(hat) az életeseményhez. Az első két említett szexuális aktus történetét az elbeszélő annak ellenére osztja meg velünk, hogy ő maga sem tartja valószínűnek, hogy ekkor és így (bőrön keresztül, orális szex közben) fertőződhetett volna meg, mintha ezzel időt kívánna nyerni, rákészülné arra, hogy megossza velünk a harmadik szexuális aktus történetét (anális szex). A harmadik szexuális aktussal kapcsolatban megosztja velünk, hogy elszakadt az óvszer, ugyanakkor értetlenségét fejezi ki afelett (vagy legalábbis balszerencseként értelmezi), hogy megfertőződött, hiszen úgy zárja mondanóját: „*de annyira hamar kicséréltük*” a szakadt óvszert. Azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy interjúalanyunk szükségesnek tartotta megjegyezni, hogy a két szexuális partner, akikkel kapcsolata volt ekkor, *biztosították* arról, hogy HIV-státuszuk negatív. E megjegyzésnek jelentősége van abból a szempontból, hogy (véltetően) emiatt az események megtörténtekor megbízott partnereiben, és jelentősége van egyúttal abból a szempontból is, hogy visszatekintve e bizalmat irracionálisnak ítéli.

„Nem tudom pontosan [miként fertőződtem meg], nem is akarom. Ha tudom azt, hogy pontosan mikor, akkor soha életemben nem bocsátanám meg magammak, hogy miért mentem pont aznap oda, és miért nem [máshova]. [...] Ha konkrét esetről beszélünk, akkor három esetet tudok azonosítani. Volt egy két hónappal a HIV-teszt előtt, amit nem tartok valószínűnek, és ez nem is volt anális, és nem is volt orális szex, hanem inkább ilyen bőrön keresztül, és akkor felsértődött a bőr, és onnan. Volt egy másik eset, amikor volt egy orális szex. Nem is mostam előtte fogat, azt tudom. Nem volt akkut seb a számon, habár ki tudja. A harmadikban meg volt egy eset, és az az érdekes ebben, hogy akkor beszélünk, és ők mondták, hogy voltak teszten. Az óvszer elszakadt, és rögtön az elején... ez a legvalószínűbb eset, ugyan anális szex volt, de annyira hamar kicséréltük” (Rudolf 29).

Feri (44) én-elbeszélésének ide vonatkozó szövegegységében három történetet oszt meg velünk megfertőződésének valószínűsíthető körülményeiről. Az első eset, amit megoszt velünk egy az egészségügyi rendszerben történt esemény. Sorrendiségének jelentősége lehet abból a szempontból, hogy ebben az esetben az interjúalany nem „hibáztatható”, amennyiben így fertőződött meg, akkor csupán elszenvedője volt a megfertőződésnek, a körülmények az okok, s nem a kockázatos szexuális magatartásformák. A második és harmadik esemény, amikor feltételezése szerint HIV-pozitív státuszúvá válhatott egy-egy szexuális partnerhez köthető. Interjúalanyunk ugyan arról nem számol be, hogy óvszer nélkül közösült volna análisan e két partnerrel, azonban

erre következtethetünk abból, hogy az e két partnerrel folytatott szexuális kapcsolatot valószínűsíti mint megfertőződésének lehetséges körülményeit:

„Két lehetőségem volt, az egyik a munkaköri: a Hematológiai Intézetben voltam technológus és az első [HIV-pozitív] betegek vérért is én vizsgáltam. Az első hivatalos halottát is. Nem mertek hozgányulni. A másik lehetőség egy olasz partner is lehetett, mert kinn dolgoztam Olaszországban. És amikor hazajöttem, volt egy kapcsolatom, előtte a szűrőresem negatív voltam, aztán már pozitív. Közte négy hónap volt. Ezért belőle 1990. március-április. Rögön kiszűrtek” (Feri 44).

Míg a fenti idézetben Feri (44) tárgyyszerűen számol be az eseményekről, s HIV-fertőzésével kapcsolatban sem önmagát nem ostromozza, sem másokat nem okol, addig Krisztián (37) egyértelműen szexuális partnerét teszi meg felelősnek azért, hogy HIV-pozitív státuszú lett. Beszámol arról, hogy volt állandó partnerével, akivel már szakítottak, közösült óvszer nélkül anélkül. Ezt az egy konkrét alkalmat nevezi meg, amikor szerinte megfertőződhetett. Körülményként beszámol arról, hogy használtak tudatmódosító szereket is ahhoz, hogy jól érezzék magukat, s ezt követően létesítettek szexuális kapcsolatot. Partnere egy tömönként utalva állítja bizonyosan, hogy ez az esemény volt, amikor pozitív lett a HIV-státusza, bár e bizonyosság már a történetek értelmezéséből fakad, visszatekintve nyeri el számára a megjegyzés az értelmét. Krisztián (37) feltételezi, hogy partnere szándékosan fertőzte meg, s tulajdonképpen így az ő felelőssége csökken. Nem magát okolja amiatt, hogy óvszer nélkül közösült anélkül, nem a saját múltbéli viselkedését ítéli kockázatosnak, hanem partnerére terheli a teljes felelősséget a megfertőződésével kapcsolatban:

„Kedves állandó anno partnerem, akivel hat évig együtt voltam, és nem használtam vele óvszert, júniusban meginvitált arra, hogy töltsünk már egy kellemes estét együtt. Elégé olyan munkabehem volt, ahol elégé stresszes voltam, és úgy gondolta, hogy ez levezetésekképp jó. Én összegyűjtöttem, hogy mi ez, ami szükséges ehhez a jókedvhez. Felmentem hozzá megfelelő mennyiségű vackokkal, és akkor igen. Bekapkodtuk, beszívogattuk és akkor elkezdődött végülis ez a dolog. Elkezdődött a szexuális együttléti. Volt egy mondata a szexuális együttlétiünk alatt, ezt már nem tudom, hogy hajnalban, vagy reggel, mondott egy olyan mondatot, hogy köszöntünk a csapatban. Ezt akkor nem értettem” (Krisztián 37).

Edömér (38) tömören és tárgyilagosan számol be megfertőződésének történetéről. Elmondja, hogy pontosan tudja, mikor és kitől kapta meg a fertőzést. A beazonosított szexpartner mindezt meg is erősítette. „Tudom, hogy kitől fertőzódtem meg. Beismerte az illető. Felhívtam, miután kiderült, hogy HIV-pozitív vagyok. Azt mondta, hogy lehet így élni.” A tárgyilagosság mellett arra érdemes figyelmet fordítanunk, hogy a részletes információk hiányoznak a beszámolójából, ez feltételezhetően arra utal, hogy nem szívesen emlékszik vissza az eseményekre. Egyáltalán szóba se hozza, hogy óvszer nélkül közösült

volna anélisan, nem mondd el semmiféle körülményt a szexuális aktussal kapcsolatban, csupán a tényt rögzíti.

András (34) kétfajta befolyásoltságot azonosít megfertőződése okaként. Részben okolja egykori önmagát (a „*hülye*” szót négyszer használja önmagára), azonban a valódi okokként két *körülményt* azonosít: szerelmes volt és kábítószerrel használt. Értelmezésében e két körülmény miatt volt kockázatos a szexuális magatartása. Feltételezése szerint egykori szexuális partnere, Lorenzo, adta át neki a HIV-vírust, akibe szerelmes volt, és akivel együtt használtak kábítószereket szexuális kapcsolataik során. Emlékeire alapozott töredékes elbeszélésében azon kívül, hogy a szerelméből fakadó és a kábítószeres befolyásoltságra hivatkozik, egyetlen egyszer sem mondja ki, hogy óvszer nélkül közösült volna anélisan Lorenzoval. A konkrét alkalomként azonosítani próbált szexuális kapcsolatnál is csupán azt jegyzi meg, hogy a kábítószeres befolyásoltság miatt nem emlékszik arra, hogy vajon az ejakuláció testen belül történt-e. A feltételezés erősségét tovább növeli, hogy miután beszámolt egy konkrét szexuális aktusról Lorenzoval, mintegy közbeveti, hogy lehetséges egy másik időpont is, ami egy szexpartihoz kötődik. Azaz: feltételezhetően – a mélyinterjú más szövegegységei alapján bizonyítottan – nem Lorenzo volt az egyetlen szexuális partnere ebben az időszakban. Ezt a feltételezésünket tovább erősíti a szexpartira utaló mondatban az „*is*” szó szerepeltetése, ami magában hordozza azt a jelentést, hogy nem ez volt az egyetlen szexpart ebben az időszakban, amin András (34) részt vett. Az elbeszélésrészletben külön figyelmet érdemel, hogy interjúalanyunk az elbeszélés időpontjában is azt állítja: habár biztos abban, hogy Lorenzoval fertőzte meg a HIV-vírusával, ő még „*mindig szereti, nem utálja, nem haragszik rá*”. Ennek az érzelmi viszonyznak jelentősége lehet abból a szempontból, hogy interjúalanyunk számára így könnyebben elfogadható HIV-pozitív státusza, hiszen számára jó érzések társulnak a fertőződés „okához”. Így én-védelmi célból is érdeke fenntartani a Lorenzohoz fűződő pozitív érzelmi viszonyulásait, vagy legalábbis azok látszatát:

„Megpróbáltam a kockázatot felmérni, de nem adott egyenes választ. Kezdtem szerelmes lenni Lorenzoval, és hát mi van, ha szerelmes az ember? Hülye. Legalábbis én tudok olyan nagyon hülye lenni. Hülye fejemmel. ... Lorenzoval is nagy divat volt a drogok használata: Poppers, Extasy, Viagra, vagy Kamagra. A Kamagra, az az indiai változata a Viagrának. ... Az Extasy-nak az a mellékhatása, hogy az lent, úgy egy kicsit csillapítja a dolgokat, tehát ezért kell a Kamagra. ... Úgybogy adott nekem egyszer [drogokat] ... és akkor én támothyogtam, meg úgy mindenféle voltam. Amikor így már kezdtem lejönni a magasról, akkor kezdtünk szexelni, és akkor ő volt az aktív. Én most nem tudom, hogy belém élvezett-e, vagy nem, de kb. abban az időben fertőződtem meg. Vagy karácsonykor. Akkor is volt egy groupi. [...] Mondták, hogy ő [Lorenzo] pozitív, ... én ezt nem akartam elhinni. ... Hülye vagyok, tudom. ... Még mindig valahol szeretem őt, még mindig nem utálom, vagy haragszom rá. ... pedig biztosan tudható, hogy ő pozitív” (András 34).

Feri1 (34) elbeszélésében tárgyilagosan rögzíti, hogy mikor történhetett a megfertőződése. Bár nem mondja ki, hogy akkori barátja (tartós kapcsolata) fertőzhette meg, de a mondatok közötti összefüggés erre világít rá. Beszámol arról, hogy nem volt monogám a kapcsolatuk, szexeltek másokkal is hármasan, de arról biztosít bennünket, hogy ezekben az esetekben mindig használtak óvszert. Éppen ebből lehet arra következtetni, hogy azt feltételezi, akkori barátja adta át neki a fertőzést:

„Ezzel a barátommal 2 és fél évig tartott a kapcsolat. Ez alatt történt a fertőzés. Volt, hogy elmentünk párokhoz, vagy volt nálunk harmadik, vagy mi voltunk egy barmadiknál, ott minden óvszerrel volt. Ott semmi olyasmi nem történt, amivel megfertőződhattunk volna akár együtt.” Kozso (37) is közli velünk a száraz tényeket, miszerint párkapcsolatban fertőződött meg barátjától: *„Szexuális kapcsolat során, HIV-pozitív baráttól párkapcsolatban”* (Feri1 34).

Zotya (41) sejtéseit fejezi ki elbeszélésében afelől, hogy miként fertőződhetett meg. Azzal a feltételezéssel él, hogy egykori barátjától kaphatta el a HIV-fertőzést. Beszámolójának felvezető mondata két fontos értelmező információt hordoz(hat) számunkra, miszerint a „szerelmes letter” felvezetés felszámolja a kockázatos szexuális magatartásformákkal kapcsolatos felelősség-érzetet, s egyfajta én-védelmi mechanizmusként működik, másrészt egy külső körülmény (ami az interjúalanytól teljes mértékben független) hangsúlyozása, miszerint akkori barátja „sokat utazott külföldre”. Implicit azt állítja ezzel, hogy feltételezése alapján barátja nem volt hűséges hozzá, s külföldi útjai során fertőződött meg, amit továbbadott neki. Ugyanakkor, reflektál kockázatos szexuális magatartásformáira is, mert a szövegegység végén beszámol arról, hogy nem jellemezte akkoriban a viselkedését az óvszerhasználat.

„Nagyon szerelmes letter egy pasiba, aki sokat utazott külföldre. Akkor itthon még kevés fertőzött volt, így rá tippelek. Abban az időben még csak nagy néha használtam óvszert, ezzel a barátommal egyáltalán nem” Zotya (41).

Zsiga (40) szintén a hajdani barátját, szexuális partnerét nevezi meg, mint akitől a HIV-fertőzést kapta. Az elbeszélésrészlet alapján arra következtethetünk, hogy ő monogámnak tekintette akkori barátjával való kapcsolatát, ezért nem is használtak egymással óvszert, barátja azonban létesített egyéb szexuális kapcsolato(ka)t, s így fertőződtek meg mindketten. Zsiga (40) beszámolója tárgyilagos, már-már száraznak nevezhető lenne, ha nem fejezné ki utolsó mondatával azt, hogy barátját okolja, s még azt is feltételezi, hogy barátja korábban ismerte már pozitív státuszát, de ezt nem osztotta meg vele. Ezt a feltételezést arra alapozhatjuk, hogy ebben az utolsó mondatban úgy hangzik el egy állítás, hogy annak „igazságtartalmát” megkérdőjelezve, a barátja szájába adva a szavakat fogalmazza azt meg, áthelyezve az elbeszélés fókuszát.

„2004-ben voltam utoljára szűrésen, akkor negatív voltam. Akkor összejöttem egy sráccal, aki a barátom lett. Össze is költöztünk. Vele nem használtunk gumit, és nem is mentünk el szűrésre. Majd 2006-ban szakítottunk, és akkor megmondta nekem, hogy ő HIV-pozitív. Miután szakítottunk. Utána elmentem szűrésre, és akkor már én is az voltam. Ő azt mondta, hogy a szakításunk után pár nappal tudta meg” (Zsiga 40).

Móric (31) megosztja velünk, hogy HIV-vel élő barátjával folytatott szexuális kapcsolat során fertőződött meg. Beszámolójában figyelemre méltóan keveredik számos jelentésréteg, ami HIV-pozitivitáshoz való viszonyulására utal(hat). Rögtön a szövegegység elején megjeleni a *bizalom* mint irracionális alap a HIV-fertőzés elkerülésére. Főként a következő mondat fényében értelmezhetjük ezt irracionális attitűdként, mivel abban a mondatban már megosztja velünk azt az információt, hogy barátja HIV-státusza az övét megelőzően már pozitív volt. Miután kiderült kapcsolatukban, hogy barátja HIV-pozitív státuszú lett, akkor mintha a kapcsolat megerősítésének szándékával, szándékosan fertőződött volna meg interjúalanyunk. Utolsó mondatában ezt az állítást alá is támasztja elbeszélésében, amikor ki is jelenti, hogy szándékában állt HIV-pozitív státuszúvá válni, ezzel sorsközösséget vállalva barátjával:

„A barátomtól kaptam el, bíztam benne. Hát meg végül is úgy voltam vele, hogy ha már ő úgyis pozitív lett, akkor most elbagyni nem fogom emiatt, vagy legalábbis remélem. Abogy ő se engem! S gondoltam megkapom én is” (Móric 31).

Sissi (41) is arról számol be, hogy egykori párkapcsolatában, barátján keresztül lett HIV-fertőzött. Párja nemrég halt meg, így gyásza áthatja emlékezését. Kifejezi, hogy egyáltalán nem neheztel rá, amiért általa lett HIV-pozitív státuszú, ugyanakkor, feltehetően a HIV-vel élő lét nyomasztólag hat rá. Erre abból következtethetünk, hogy a HIV-vírust „gyümölcsnek” nevezi, elgyengítve annak fertőzés voltát, ami befolyásol(hat)ja általános jóllétét, s egyúttal megszépítve a fertőzés következményeit. A gyümölcs metafora azt a jelentésmezőt aktivizálja, amelyben jó és szép emlékek kapcsolód(hat)-nak a HIV-fertőzéshez, ez pedig elhunyt párja iránt érzett szereteteként azonosítható. Bár interjúalanyunk iránta táplált érzelmeinek összetettségére abból következtethetünk, hogy miközben kifejezi párja elvesztése felett érzett fájdalmát és szeretetét, e két érzelem megnevezése közé mintegy beszúrja elbeszélésébe megjegyzésként: annak ellenére érez így, hogy ő az, aki miatt HIV-vel élő lett:

„Nekem volt egy nyolcéves kapcsolatom, akitől kaptam ezt a szép kis gyümölcsöt, így mondom. Három hónapja engedtem el a kezét, meghalt, de nem engedtem el a kezét. Mindennap, ha rá gondoltam, zokogtam miatta, függetlenül attól, hogy AIDS-es lettem tőle. Mint embert nagyon szerettem” (Sissi 41).

Zolcsi (26) magyarázat-rendszerében a kockázatos szexuális magatartásformák okaként a szeretet iránti vágyát nevezi meg. Megosztja velünk, hogy élete során nem sok szeretet kapott, s emiatt a szexuális aktusokat azonosítja mint a megszerezhető szeretet forrását. Figyelemre méltó, hogy az én-elbeszélés töredezettsége ellenére interjúalanyunk reflektál önmagára, (pszicho)analizálja egykori énjét: a szeretethiány miatt szexuális kapcsolatai során mindent megtett azért, hogy szexuális partnere(í)től szeretet kapjon, vállalva a kockázatos szexuális magatartásformákat is:

„Hát... az, hogy... én csak úgy kaphattam el, hogy... azért kaphattam el, mert tulajdonképpen, mivel... szeretetet nem nagyon kaptam, csak szex közben. Szeretethiányból. És akkor. Én minden kényeztetést megtettem, meg hogy megnyerjem, meg minden. És csak ez lehet az oka, hogy elkaptam. Igen, hát ez 2007. decemberre tehető vissza. Vagy a szerbhorvát gyerek, vagy pedig Gabika. Vele [Gabikával] smároltunk, meg minden, meg orál volt gumi nélkül, meg hát az a helyzet, hogy utána találkoztam vele, és elmondtam neki meg minden. És elmondtam neki, és elment ő is szűrésre, meg minden, és attól függetlenül ugyanúgy csókolózott meg minden, és utána még találkoztunk meg minden. És mondja, hogy ő is HIV-pozitív. Akkor vagy ő lehet, ... vagy pedig a szerbhorvát” Zolcsi (26).

Interjúalanyunk az idézett szövegegységében tehát érzelmi viszonyulásaival magyarázza kockázatos szexuális magatartásformáit, és ezt teszi meg HIV-fertőzése eredőjének is. Ugyanakkor két ponton is kitér beszámolójában egy másik esetre, egy „szerbhorvát” szexuális partnerrel, amikor – feltehetően szintén óvszer nélküli anális közösülés során – megfertőződhetett. Ennek az emlékképnek a megjelenése beszámolójában villanás-szerű, mint egy mellékes megjegyzés szerepel. Ez úgy értelmezhető, hogy amennyiben a „szerbhorvát” szexuális partnere fertőzte meg, az nehezen lenne beilleszthető az általa konstruált szeretethiányból fakadó magyarázat-rendszerbe, így sérülne önképe. Azaz: önvédelmi céllal valószínűsíti, hogy egy érzelmeken (is) alapuló szexuális kapcsolat során lett HIV-pozitív státuszú.

Janó (49) HIV-fertőzésének eseményeként egy szexmunkással történt szexuális kapcsolatát azonosítja. A fertőződés felelősségét a szexmunkásra hárítja, amire megfogalmazásában az utal, hogy ő a szexmunkás *kérését* teljesítette, s így vált HIV-pozitív státuszúvá. A megfertőződésként azonosított szexuális kapcsolat, amiről beszámol, óvszer nélküli orális szex, ami a kevésbé kockázatos szexuális magatartásformák közé tartozik a HIV-terjedésének szempontjából. Janó (49) én-elbeszélésében ezzel azt támasztja alá, hogy az ő szexuális viselkedése nem volt nagy mértékben kockázatos, mintegy esetlegesen fertőződött meg. Beszámolójában a szexmunkással folytatott szexuális kapcsolatot nem azonosítja kockázatos szexuális magatartásformaként:

„A fiút egy escortszolgálat révén ismertem meg, többször találkoztam vele és egyszer kérte, hogy szájam le és én lenyeltem. Kiderült, hogy nő, gyereke is van, azt mondta, hogy megtudta,

hogy az időzített bomba kegyeg. Egyszer-kétszer még találkozott velem és azt mondta, hogy családi életét szeretné rendbe rakni, és azóta nem is találkoztunk” (Janó 40).

Attila (35) szintén arról számol be, hogy óvszer nélküli orális szex útján fertőződött meg. Rögtön beszámolója legelején ki is fejezi e feletti „szörnyülködését”, miszerint számára mennyire megrázó, hogy nem óvszer nélküli anális közösülés során fertőződött meg, holott az a jellemző(bb) terjedési mód. Azzal, hogy az óvszer nélküli orális szexet azonosítja mint HIV-pozitivitásának okát, eltávolítja magától a felelősséget, szinte tagadja, hogy ő maga tette volna ki magát a fertőzés kockázatának. Beszámolója elején biztosan állítja, hogy ez a szexuális aktus az általa beazonosított, hangsúlyozza, hogy emlékképei tiszták: „határozottan emlékszem rá”. A szövegegységben szinte észrevétlenül fordul át ez a határozottság bizonytalanságba, ahol interjúalanyunk szóhasználatja megváltozik, s a felidézett történet HIV-fertőzésével kapcsolatos összefüggését fellazítja, elbizonytalanítja. Beszámolójában itt már a „sejtés” szót is használja, a „valószínűsítés, valószínűleg” pedig háromszor is előfordul. Mindeközben ebbe a szövegrétegbe beleszöve, és a beszámoló legvégén is, részletesen számol be az óvszer nélküli orális szex körülményeiről, s ismételten bizonyosságát fejezi ki afelől, hogy ez volt az a szexuális aktus, ami során megfertőződött. Mind elbeszélése, mind emlékei töredezettek: többször szövegszerűen is reflektál arra, hogy próbálja felidézni a történetet, több-kevesebb sikerrel:

„Az a szörnyű ebben az egészben, hogy ahogy én elkaptam, tehát az teljesen oráliszex volt. És nem is élvezett a számba, ez, ez ... előtte élvezhetett és nem éreztem. Úgyhogy ez a szörnyű az egészben, határozottan emlékszem rá... bár hát igazából ezt nem lehet behatárolni, azt mondják az orvosok, mertbogy ugye a behatárolás, az visszamenőleg nem lehet. Amit én sejtetek, az így történt. [...] Orális szextől, valószínűsítem, igen. Mert onnan tudom behatárolni, mert voltunk egy öö, mindegy, ez egy ilyen bár, ahol vagy alsónadrágos parti volt, vagy naked parti volt, ugye ez a félhomály. Mitudomén, ugye ott volt mindenki mindenki, satöbbi, satöbbi. Mindenkit az érdekel, amit éppen akar, aztán engem ez akart érdekelni, és hát jó nagy farka volt, satöbbi, satöbbi, és akkor valószínűsítem... onnan tartom valószínűnek, hogy ő jött valabonnan, aztán én azzal elkezdtem ott foglalkozni, és akkor így, így utólag visszagondolva nedves volt, nyálkás volt, és... és akkor jól megszívtam. A szó legszorosabb értelmében is, de minden szempontból sajnós” Attila (35).

Interjúalanyunk fenti beszámolójában nem csupán az a figyelemre méltó, hogy mennyire igyekszik meggyőződni – és meggyőzni – arról, hogy egy kevésbé kockázatos szexuális magatartásforma eredményezte, „balesetszerűen” HIV-fertőzését – azzal a sugallt jeltéssel, hogy ő nem közösült óvszer nélkül análisan. Arra is fel kívánom hívni a figyelmet, hogy sem a szexpartit, sem a „félhomályt”, sem azt, hogy egy ismeretlennel létesített szexuális kapcsolatot, nem azonosítja kockázatos szexuális magatartásformaként.

Tomi (30) szintén azt fogalmazza meg én-elbeszélésében, hogy ő betartotta a biztonságos(abb) szex szabályait: „védekezett”, anélisan óvszerrel közösült. HIV-fertőzését egy „baleset” következtében szerezte úgy, hogy a bőrén keletkezett sérülésen keresztül érintkezhetett a HIV-vírusát tartalmazó testnedvvel. Ő sem azonosítja a szexpartin való részvételt kockázatos szexuális magatartásformaként annak ellenére sem, hogy arról számol be: tudatában volt, hogy a szexpartit rendező személy HIV-vel élő, valamint azt is feltételezte, hogy a szexparti többi résztvevője szintén pozitív státuszú:

„Mert ez egy szexpartin volt – védekezni védekeztem, viszont fõlsértettem a hátam és utána belefeküdtem mindenbe, és tisztában voltam vele, hogy... azt tudtam, hogy a házigazda HIV-pozitív, s úgy gondoltam, hogy a barátai is azok. Tebát ezek után én úgy gondoltam, hogy ez így megtörtént... Sperma, vér, váladék, bármi lehetett ott [amivel a felsértett bőröm érintkezett], hiszen bosszú parti volt” (Tomi 30).

Etele (52) elbeszélésében egy csoportos szexuális együttlétet nevez meg HIV-fertőzésének feltételezett kiinduló eseményeként. Részletesen beszámol arról, hogy eleinte igyekezett betartani a biztonságos(abb) szex szabályait, de később a kockázatokkal mit sem törődve óvszer nélkül közösült anélisan partnerével. Az idézett szövegegyeség második felében osztja meg velünk azt az információt, hogy ezt a csoportoszexes alkalmat megismételték, s ekkor már nem csak az egyik partnerrel közösült óvszer nélkül anélisan, hanem mindkettővel. E történettörödék megfogalmazásakor arra törekedett elbeszélőnk, hogy kockázatos viselkedésének felelősségét – vagy legalábbis annak a megfertőződésre gyakorolt hatását – csökkentse. Megosztja velünk, hogy az egyik partnert potenciális veszélyforrásnak tekintette, mivel az sokat járt külföldön, ahol nagyobb *eséllyel* folytatható HIV-vel élő személlyel szexuális kapcsolatot. Azaz: nem a kockázatos szexuális magatartásformákat azonosítja veszélyforrásként interjúalanyunk, hanem eseményeket latolgat a szexuális partner HIV-státuszát illetően. Az óvszer nélküli anális közösülés kockázatának tényét azzal is igyekszik elgyengíteni, hogy szükségesnek tartja megjegyezni beszámolójában: amikor ő volt a befogadó partner, akkor megszakított volt az anális közösülés. Etele (52) elbeszélte történetében is felfedezhetjük azt a mintázatot, amikor a megfertőződéssel kapcsolatban feltételezetten azonosított esemény(ek)e követi egy második (akár harmadik, negyedik) eseményről szóló beszámoló is, ami szintén kötődhet a HIV-fertőzéshez. Interjúalanyunk megosztja velünk, hogy volt még néhány szexuális partnere ebben az időszakban, akikkel óvszer nélkül közösült anélisan. Ennek jelentőségét azzal igyekszik gyengíteni, hogy az érintett partnerek visszatérő szexuális partnerei voltak és számuk csekély; valamint azzal, hogy e partnerek (bevallásuk szerint) csak feleségükkel folytattak szexuális viszonyt rajta kívül. Azaz: az e partnerekkel folytatott óvszer nélküli anális közösülést nem azonosítja kockázatos szexuális magatartásformaként.

„Egy olyan szexpartnerem, Zoli, akit már régebben ismertem – megjelent, eltűnt, aztán felbukkant újra – megjelent a vágyálmai közt, hogy milyen jó lenne, ha ketten dugnák egyszerre. Egy 25 éves, nagyon szép fickót bszott, aki számomra abszolút veszélytényező volt, mert bol itthon, bol Angliában élt, és ott sokkal nagyobb a valószínűsége, hogy HIV-pozitív partnerrel találkozson, mint itthon. Összesen kétszer találkoztunk, amikor is 2 az 1-bent játszottunk, azaz a Zolit mindketten egyszerre dugtuk meg, és ez a Zolinak nagyon tetszett. Első alkalommal, óvszerrel dugtuk meg, utána megjátszadozott velünk. Miközben engem szopott, a másik srác mögé ment, dugni kezdte natúr, és beleélvezett. Ez abehyett, hogy engem megijesztett volna, arra sarkallt, hogy én is megdugtam, és beleélveztem. Amikor másodszor találkoztunk, egyértelmű volt, hogy ez végig gumi nélkül megy. Aztán ez olyan lett, hogy mindenki mindenkit megdugott. De beleélvezni csak a Zoliba élveztünk bele. Ezt valószínűsítem a megfertőződésnek. Abban az időben kevés olyan partnerem volt, akivel óvszer nélkül szexeltem volna. Akkoriban óvszer nélkül csak a visszatérő szexpartnereimmel, akiknek rajtam kívül nem volt más partnerük. Ők csak a feleségükkel és velem szexeltek. Ez zárt kör volt. Abban az időben, amikor én fertőződhettem, három olyan eset volt, amikor óvszer nélkül voltam valakivel rajtuk kívül” (Etele 52).

Interjúalanyunk a megfertőződésének feltételezett időszakából megosztott velünk két különböző eseménysort: egy visszatérő csoportszexet, valamint a visszatérő állandó szexpartnereiről szólót. Ugyanakkor a fenti szövegegyeség záró mondata az, amivel teljesen elgyengíti addigi állításainak bizonyosságát: itt mintegy mellékesen megemlíti, hogy ugyanebben az időszakban volt még három olyan eset, amikor más partnerekkel közösült óvszer nélkül análsan. Az idézett beszámolórészet tehát arra mutat rá, hogy bár irreguláris magatartásformaként próbálja feltüntetni az óvszerhasználat hiányát, kiderül számunkra, hogy e kockázatos viselkedésforma számos esetben jellemezte interjúalanyunk szexuális életét.

Miki (42) is használja elbeszélésében a „baleset” szót. Ő arról számol be, hogy bár használtak óvszert, az valószínűleg elszakadhatott a közösülés során. Teljes bizonyossággal állítja, hogy tudja, ki volt az a szexuális partner, akitől elkapta a HIV-fertőzést, bizonytalanságra az ad némi okot egyedül beszámolójában, hogy a pozitív-státusz ismertté válását követően próbálta meg felidézni, hogy kik voltak szexuális partnerei a legutóbbi negatív teszteredménye óta.

„Tulajdonképpen azt is tudom, hogy kitől kaptam el. Használtunk gumit, de valószínű, hogy elszakadt a gumi és nem vettük észre. Engem dugtak. Így össze is jött a dolog. Azt is tudom, hogy ki volt, de nem mentem oda hozzá, hogy ez egy „munkabehi baleset” eredménye volt. Amikor elmegy az ember szűrésre, és kiderül, hogy pozitív, akkor az ember elkezd gondolkodni, hogy a legutóbbi szűrése negatív volt és azóta kik voltak” (Miki 42).

A HIV-pozitivitás elidegenítését is megfigyelhetjük interjúalanyunk fogalmazásmódjában, amikor a HIV-fertőzés megszerzését „dologként” nevezi meg, valamint az utolsó mondatban már nem egyes szám első személyű ígealak használatával beszéli el önmagát, hanem általános alanyt használva.

Ákos (22) szintén a „balesetszerűséget” hangsúlyozza abban, hogy HIV-pozitív státuszú lett. Arról számol be, hogy tisztában volt szexuális partnere HIV-pozitív státuszával mielőtt közösködtek volna, s bár használtak is óvszert, az elszakadt. Kockázatos szexuális magatartásformát egyáltalán nem azonosít, HIV-pozitív státuszúvá válásának felelősségét partnerével megosztva vállalja magára. Az kiderül elbeszéléséből, hogy korábban is folytatott szexuális viszonyt HIV-vel élő partnerrel, s ezzel kapcsolatban nem voltak fenntartásai:

„Baromi egyszerű a történet, mert én pontosan tudom, hogy kitől. Én tudtam akkor is, amikor lefeküdtem vele, hogy HIV-pozitív. Én számomra nem okozott előtte gondot, most már abszolút nem. Elszakadt a gumi. És úgy ment el, hogy bennem volt. Ez mind a kettőnk felelőssége is volt” (Ákos 22).

A megfertőződés-történetekkel kapcsolatban arra mutattam rá, hogy interjúalanyaink többsége „balesetként” jellemzi a szexuális aktust, amiről feltételezi, hogy HIV-pozitív státuszúvá válásának kontextusa. Jellemző mintázatként azonosítható, hogy kockázatos szexuális magatartásformának kizárólag az óvszer nélküli anális közösködést tartják. Ez egy-egy rajtuk kívül álló okkal magyarázható: például elszakadt az óvszer a közösködés közben, vagy nem láttak megfelelően a félhomályban. Megjelennek érzelmi-irracionális magyarázatok is a beszámolóikban, amikor én-elbeszélőink azzal magyarázzák viselkedésüket, hogy ők szeretetből vagy szeretethiányból vállaltak kockázatos szexuális magatartásformákat. Ugyanakkor, szinte mindegyik beszámoló-részlet tartalmaz egy-egy – vagy akár több – második párhuzamos vagy közbevetett történetet, amit az én-elbeszélő nem valószínűsít elsődlegesen HIV-pozitív státuszúvá válásának eseteként. A szövegelemzés eredményeképpen azonban kimutatható, hogy egy-egy én-elbeszélőnk elbizonytalanodik állításaival kapcsolatban, valószínűsíthetően főként azért, mert a második (olykor harmadik, negyedik) elbeszélő történet tartalmaz olyan elemeket, melyek arra utalnak, hogy interjúalanyunk ezekben az esetekben óvszer nélkül közösködött anélisan. Mindezek alapján arra következtethetünk, hogy én-elbeszélőink igyekeznek eltávolítani maguktól megfertőződésüknek történetét, csökkentve korábbi kockázatos szexuális magatartásformáik miatt érzett felelősségüket, s ehhez eszközként alkalmaznak a fátumszerű és/vagy érzelmi-irracionális magyarázat-rendszerek konstruálását.

DISZKRIMINÁCIÓS TAPASZTALATOK, INTEGRÁCIÓS ESÉLYEK

Eredményeink arra mutattak rá, hogy az általunk megkérdezett HIV-vel élő meleg férfiak gyakran szenvedtek a társadalmi kirekesztés különböző megnyilvánulásaitól, a szocializáció legfontosabb társadalmi színterein.

Az egyes én-elbeszélésekben különböző mértékben (olykor nem vagy alig) számolnak be interjúalanyaink diszkriminációs tapasztalatokról. Amennyiben a diszkriminációs tapasztalatok hiányát fedezzük fel egy-egy interjúalany esetében, az számos esetben abból fakad, hogy környezetük előtt nem fedték fel HIV-pozitív státuszukat, így az nem is volt képes HIV-vel élőként azonosítani őket. Az általam vizsgált én-elbeszélésekben tapasztalható különbségek ezen kívül a diszkriminációs tapasztalatokkal kapcsolatban inkább a diszkrimináció felismeréséhez kötött készségek korlátozottságának mértékével lehetnek összefüggésben, mint a társadalmi megkülönböztetés hiányával.

A hátrányosan megkülönböztetett csoporttagsággal összefüggésben válaszadóink szinte mindegyike egyszerre (minimum)²⁴ kétféle alapon is hátrányos megkülönböztetéssel sújtott kisebbségi csoport tagjaként azonosította magát: egyrészt melegsége miatt, másrészt HIV-vel élő csoporttagsága révén.

Válaszadóink én-elbeszéléseiből kiderült, hogy a társadalmi elismerés főbb színterein – például a munkahelyeken, a baráti körökben, az iskolában, az egészségügyi ellátórendszerben – a megbecsülés kivívásának egyik alapvetően szükséges feltételeként mutatkozott a heteroszexualitás. Ennek hiánya azonban általában nem szankcionálódott kibírhatatlan mértékben, különösen akkor nem, ha az érintettek a környezetükbe való beolvadás „túlélési technikáit” alkalmazták, azaz vagy nem fedték fel szexuális orientációjukat, vagy igyekeztek a heteroszexuális társadalmi közeghez hasonlulni. Számukra sok esetben a saját családjuk sem képezhetett „megbízható hátországot”, más kisebbségi csoportok tagjainak tapasztalataival szemben, hiszen – a többi jelentős szocializációs intézményhez hasonlóan – a legtöbb családban szintén a heteroszexualitás tűnt fel az egyetlen elgondolható, „normális létformaként”.

A legjellemzőbb az egészségügyben elszenvedett diszkrimináció, ez gyakran az egészségügyi dolgozók, elsősorban az orvosok (és orvosi testületek) előítéletességéhez, tájékozatlanságához köthető; valamint a HIV-negatív (vagy ismeretlen HIV-státuszú) „melegközösségen” belüli diszkrimináció. Míg a „melegközösségben” viszonylag könnyen titkolható a HIV-pozitív státusz – így elkerülhető a diszkrimináció –, addig az egész-

²⁴ Egy interjúalanyunk azonosította magát a roma kisebbség tagjaként is, valamint diszkriminációs tapasztalatáról számolt be egy-egy interjúalany idős kora, nyugdíjas státusza, illetve „rokkantsága” miatt.

ségügyi rendszerben erre a legtöbb esetben nincsen lehetőség. Sőt, levonhatjuk azt a következtetést, hogy mivel a társadalmi szintek közül szinte bármelyikben lehetséges, hogy egy HIV-vel élő személy ne fedje fel státuszát, azonban ezt legkevésbé az egészségügyi ellátórendszerben teheti meg, az egészségügyben elszenvedett diszkriminációs tapasztalatok nagy mennyisége azzal áll összefüggésben, hogy ez az a társadalmi szint, ahol HIV-vel élőként azonosíthatóvá válnak.

Az MSM populáció célzott egészségügyi szükségleteit az ellátórendszer még kevésbé azonosította Magyarországon. Ugyanakkor – mint erre egy 2008-as közösségi mintán alapuló kérdőíves felmérés rámutat – az 1122 LMBT válaszadó 28%-a szembesült diszkriminatív eljárással az egészségügyi ellátórendszerben. Ennek része például, hogy az önmagukat homoszexuálisnak valló egyénektől megtagadják a véradás lehetőségét, mivel a HIV-fertőzés szempontjából „rizikócsoportként” tartják őket számon (Takács et al. 2008).

Mindezek alapján az mondható, hogy az MSM populáció egészségügyi igényeit Magyarországon nem veszik kellőképpen figyelembe, legalábbis az ezt célzó törekvések nem tekinthetők eredményesnek. Az MSM populációnak szóló, biztonságos(abb) szexre irányuló kampányokat kizárólag LMBT civil szervezetek végzik. Ahogy erre *Az LMBT emberek társadalmi kirekesztettsége 2010* című, közösségi mintán alapuló kérdőíves felmérés eredményei is rámutattak a megkérdezett több mint 2000 válaszadó férfi 43%-a még soha nem volt HIV-szűrésen és csupán 14%-uk végezett rendszeresen HIV-tesztet (Dombos et al. 2011), így kijelenthető, hogy a mai Magyarországon nem eléggé hatékonyak a HIV-prevenációs tevékenységek.

Az egészségügyi ellátás mellett a HIV-vel élő és AIDS-beteg emberek számára létezik néhány intézményesített támogató hálózat. Általános jelenséggént megállapítható, hogy van néhány civil szervezet, informális csoport és aktivista, akik töreksenek arra, hogy naprakész információkat szolgáltatassanak a témában, valamint pszichológiai támogatást is nyújtsanak az érintetteknek. Mind anyagi, mind humán erőforrásaik azonban végesek: főként a fővárosban és az interneten elérhetőek, és a szolgáltatásaikhoz való hozzáférés nem mindenki számára biztosított.

Összegezve: figyelembe véve a mai Magyarországon élő HIV-vel élők társadalmi helyzetét arra a következtetésre jutottam, hogy a HIV-vel élők által elszenvedett társadalmi diszkrimináció csak akkor csökkenhet, ha feltárjuk és megértjük azokat a társadalmi mechanizmusokat, jelenségeket, folyamatokat, melyek a társadalmi kirekesztődéshez vezetnek. E mechanizmusok megismerése előfeltétele a társadalmi integrációnak.

A társadalmi integráció értelmezhető egy társadalmi befogadást elősegítő (inkluzív) célként, mely magában foglalja a minden ember számára biztosítandó egyenlő esélyeket és jogokat. Ebben az esetben a társadalmi integráció érdemi javulása az életminőség javulását eredményezi. Mások számára a társadalmi integráció negatív konnotációval bír, s azt sugallja, hogy a fogalommal jellemzett – asszimilációs – folyamat nem kívánt egységesülést (*uniformity*) eredményez. Megint mások számára a kifejezés nem szükségszerűen tartalmaz negatív vagy pozitív üzenetet: egyszerűen csak egy módszerre utal, amellyel az emberi kapcsolatok mintázatai bármely adott társadalomban leírhatók válhatnak (UNRISD 1994). E három nézőpont közül a harmadikat és az első – szándékosan fordított sorrendben – kívánom figyelembe venni. A nem kívánt egységesülés (*uniformity*) megközelítéssel nem szándékozom foglalkozni, mivel a társadalmi integrációt nem mint mindenki számára kötelezően előírt autoriter politikai aktust értelmezem, hanem a mindenki számára egyenlő esélyeket és jogokat biztosító szabadon *választható* lehetőséget. Egyrészt: szükségünk van arra, hogy deskriptív módon feltérképezzük egy-egy társadalmi csoport helyzetét, e nélkül tárgyalni sem tudnánk őket. Másrészt ezt követően – illetve részben már azzal időbelileg párhuzamosan – értelmezzük azokat az információkat, melyeknek birtokába jutottunk, mivel az információ rögzítése, leírása, annak kontextusa és a közlésben résztvevők személye már önmagában interpretációs aktus. Az értelmezés teszi lehetővé, hogy megérthessünk társadalmi jelenségeket, folyamatokat; feltárhassuk a társadalmi kirekesztődés mechanizmusait. E mechanizmusok megismerése előfeltétele a társadalmi integrációnak.

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy amikor társadalmi integrációról beszélünk, akkor a fogalom tárgyalásának minden esetben van egy szakpolitikai (*policy*) vetülete, áthallása is: a társadalmi integráció egyértelmű és artikulált célja a társadalmi feszültségek csökkentése, a kirekesztődési folyamatok visszaszorítása, az egyenlő esélyek és jogok, valamint a szolgáltatásokhoz való azonos hozzáférés biztosítása. Éppen e szakpolitikai vetület miatt szinte lehetetlen pontosan definiálni a társadalmi integrációt, kivitelezése pedig, mint *cselekvés* nem követhet egyetlen „receptet”, hiszen e szakpolitikák időben és térben igencsak különbözőek lehetnek. Az integrálandó csoportoktól vagy személyektől függően kell tehát megválasztanunk minden esetben többdimenziós értelmezési (és ha szükséges, mérési) módszereinket ahhoz, hogy – figyelembe véve az adott társadalmi, kulturális, gazdasági stb. tényezőket – az kézzelfogható társadalmi haszonhoz vezessen (Jeannotte 2008).

A homofóbia, a heteronormativitás és a HIV-stigma akadályokat gördítenek mind a HIV-vel élők társadalmi integrációja elé, mind az elé, hogy az MSM populáció számára célzott HIV-prevenációs stratégiák váljanak kidolgozhatóvá. A HIV-pozitivitás és a homoszexualitás rétegzett stigmája (*layered stigma*), ami kimutatható HIV-vel élő én-elbeszélése-

inkben is, tovább nehezítik a HIV-vel élő meleg és biszexuális emberek megszólítását és elérését, annak ellenére, hogy a közegészségügyi szolgáltatások közül Magyarországon mind a HIV-szűrés, mind a HIV-fertőzötteknek szóló kezelések ingyenesen hozzáférhetőek az egészségügyi rendszerben. Kutatási eredmények mégis arra mutatnak rá, hogy az MSM populáció tagjai nehezen férnek hozzá a HIV-fertőzés megelőzésével és kezelésével kapcsolatos szolgáltatásokhoz (pl. Takács et al. 2008, Cloete et al. 2013). Az elutasító egészségügyi környezet és a korábban tapasztalt stigmatizáció és diszkriminációs tapasztalatok összessége arra ösztönözheti az MSM populáció tagjait, hogy elkerüljék az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét. A homoszexualitás stigmája és a HIV-pozitívástól való félelem akadályait képezhetik az önkéntes HIV-teszten való részvételnek és a tanácsadó szolgálatok igénybevételének is. Azaz: a homoszexualitás stigmája és a társadalmi dezintegráltságból fakadó diszkriminációs tapasztalatok azt eredményezhetik, hogy a kockázatos szexuális magatartásformák által veszélyeztetett emberek nem mennek el HIV-tesztre, nincsenek tisztában HIV-pozitív státuszukkal, s ez a HIV-fertőzés további terjedéséhez vezet(het).

Felvetődhet a kérdés, hogy ebben a kontextusban miért van szükség a HIV-vel élők társadalmi integrációjára, mit jelent integrációjuk, össztársadalmi szinten miként fedezhető fel e marginális csoport társadalmi inklúziójának hasznossága. Egyáltalán kivitelezhető-e a HIV-vel élők társadalmi integrációja? A kérdésre őszintén válaszolva: nem tud(hat)juk, mert a HIV-pozitívásban rejlő betegségstigma és a morális elutasítás összefonódása ezt eddig nem tette lehetővé (pl. Sontag 1990, Herek 1990, 2004 stb.). HIV-vel élők társadalmi integrációjáról beszélni bonyolult kérdés, s számos tényezőt kell(ene) figyelembe venni ahhoz, hogy a téma összetettségét tisztelve vázolhassunk fel értelmezési kereteket, melyekhez további kutatások szükségesek. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a HIV-pozitívitás betegség, a HIV-vel élő emberek pedig vírushordozók: azaz a HIV-vel élők társadalmi integrációjakor arról is beszélünk, hogy egy betegség vírushordozóit szándékozunk integrálni. A mostani elemzésben nem kívánok a tágabb betegségdiskurzussal és a betegségstigmával foglalkozni, mert szétfeszítené az általam tárgyalt szövegek elemzésének kereteit. Azt azonban figyelembe kell vennünk, hogy a HIV-vel élőkkel kapcsolatos integrációs kérdésfeltevés csak a közelmúlt vonatkozásában értelmezhető. A HIV/AIDS csak 30 éve foglalkoztatja a világot, s eleinte szó szerint halálos kórként volt jelen: aki HIV-vírussal fertőződött, rövid időn belül meghalt. Azaz a kérdésfeltevés megalapozottsága időben igencsak leszűkíthető: az ART megjelenése (1996), illetve elterjedése utáni időszakra. Magyarországon az ART a társadalombiztosítással rendelkezők számára a TB által finanszírozott, így ebből a szempontból szerencsés a magyarországi helyzet ellentétben más – akár európai – országokkal (lásd pl. Szerbia esetét: Bernays et al. 2010). Magyarországon, az ART megjelenésétől kezdődően, az kell(ene) legyen napjainkban a legfőbb integrációs törekvés, hogy HIV-vel élők és HIV-negatív

státuszúak „békésen tudjanak egymás mellett élni”. Ez főképp azon múlik, hogy a többségi HIV-negatív státuszú társadalom milyen mértékben rekeszti ki, bélyegzi meg a HIV-vel élő embereket (Takács 2004, Takács et al. 2008, Takács et al. 2013).

Az alábbiakban a HIV-vel élők társadalmi kirekesztettségére, stigmatizációjára úgy kívánok koncentrálni, mint az *integrációt gátló* tényezőre. A HIV-vel élők társadalmi integrációja csökkent(het)ti a kirekesztés okozta közvetlen és közvetett ártalmakat. Közvetlen ártalomnak elsődlegesen a HIV-vel élők mentális, pszichikai és fizikai egészségmegőrzésének akadályait látom, valamint a rejtőzködés, titkolózás okozta kockázatos szexuális magatartásformákat, melyeken keresztül a továbbfertőzés kockázata is növekszik. Közvetett ártalomnak a HIV/AIDS téma (el)hallgatását, valamint az ezzel kapcsolatos téves információknak és tévhiteknek a terjedését és fennmaradását tartom, melyek következtében szintén növekszik a HIV terjedésének kockázata (lásd pl. a következő „érveket”: „ez kizárólag a melegeket érintő betegség”, „én nem folytatok szexuális viszonyt olyanokkal, akik ki lehetnek téve a fertőzésnek” stb.).

Nehéz – hacsak nem lehetetlen – vállalkozás társadalmilag láthatatlan szereplők érdekeit artikulálni vagy jogait biztosítani, védeni, mivel a társadalmi láthatóság kihagyhatatlan előfeltétele bármiféle társadalmi integrációnak. A társadalmi láthatatlanság eredményeképp e marginalizált csoportok kirekesztődnek olyan szolgáltatásokból és megfosztatnak olyan jogoktól, melyek a többségi társadalmi csoporttagság automatikus velejárói. Másrésztől nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a társadalmi láthatóság akár a HIV-vel élő emberekkel szembeni diszkrimináció és a társadalmi kirekesztettség előidézőjeként is szolgálhat, melyek megnyilvánulhatnak erőszakos cselekményekben egyes társadalmi csoportok (pl. egyes vallásos fundamentalisták, szélsőjobboldali csoportok) vagy hivatalos szervek (pl. az egészségügy, a rendőrség, a közszféra) részéről. Mindezeket belátva, mégis leszögezhetjük, hogy a speciálisan e marginalizált csoportról szóló társadalmi diskurzus még nem igazán képezi részét a közbeszédnek. Ami HIV/AIDS témaként egyáltalán helyet kap a társadalmi diskurzusban, az többnyire nem a HIV-vel élő emberekről szól, hanem magáról a kórrol; ezt támasztja alá a jellemzően a betegségről – s közvetetten így a HIV-vel élőről – szóló epidemiológiai megközelítés is: azaz leginkább betegség-diskurzusként, medikalizált közegben jelenik meg a HIV/AIDS a közbeszédben. Ám általánosan inkább az mondható, hogy az egész témát a hallgatás jellemzi.

Az AIDS-stigma mind a HIV-fertőzésnek kitett embereket, mind az egész társadalmat veszélyezteti. A stigma következtében fokozódik a témát övező hallgatás. Mivel félnek, a fertőzésnek kitett emberek nem mennek el HIV-szűrésre, nem szereznek információt a HIV-ről, emiatt nem ismerik meg a rizikó csökkentésének

lehetőségeit. Sok ember eltávolítja magától a fertőzés lehetőségét, s nem vesz tudomást saját potenciálisan kockázatos magatartásáról sem az AIDS-stigma miatt. E tagadás bármiféle prevenció s törekvés komoly akadályát jelenti. Ahhoz, hogy vissza-szoruljon a HIV-fertőzés terjedése, elengedhetetlen, hogy szembenézzünk az AIDS-stigmával és megértsük annak működését (P.Tóth 2011, 2012).

Korábbi magyar kutatási eredményeink is azt mutatták, hogy például gyermekük ott-honi előbújása (*coming-out*) során a szülők hajlamosak összekapcsolni a HIV-fertőzéstől való félelmüket a homoszexualitással kapcsolatos ellenérzéseikkel. Erről egyik meleg férfi interjúalanyunk például így számolt be: *„Édesanyám nagyon nehezen fogadta. ... Megrémiült. Semmit sem tudott szinte a homoszexualitásról. Aggódott, hogy ő rontott el valamit, hogy rosszul nevelt, hogy pszichológushoz kellene mennem, és hogy biztos HIV fertőzött vagyok”* (Takács et al. 2008:32). Emellett a homoszexualitás és a HIV/AIDS tematika „össze-mosása” a közvélekedésben felerősítheti azt a tévhitet is, hogy egy „átlag heteroszexuális” egyáltalán nincs kitéve a HIV-fertőzés veszélyének – vagy ha mégis, akkor csak elenyésző mértékben.

A fentiekben arra igyekeztem rámutatni, hogy a HIV-vel élő embereket miként lehet-séges integrálni szélesebb társadalmi kontextusban. A HIV-vel élő emberek társadalmi integrációja – azaz a társadalmi kirekesztés, az előítéletek és a diszkrimináció visszaszo-rítása – csak akkor lehetséges, ha társadalmi láthatóságuk növekszik. Ahogy erre már korábban is utaltam, mivel a HIV-pozitivitással járó stigma nem jár testi megjelöltséggel, pozitív státuszuk legtöbbször csak úgy válhat ismertté, ha ők maguk fedik azt fel. Ennek azonban előfeltétele, hogy jó okuk legyen minderre. Mivel marginalizált és stigmatizált csoporttagként azonosíthatóak – s azonosítják magukat is –, identitásuk fenyegetett identitásként értelmezhető és értelmezendő, erre jelen társadalmi helyzet-ben nincs megfelelő indok. A társadalmi láthatósághoz elengedhetetlen, hogy csökkenjen stigmatizáltságuk. Mivel a HIV-pozitivitáshoz, AIDS-hez, homoszexualitáshoz kötődő egymásra rétegződő stigmák javarészt abból táplálkoznak, hogy különböző hiedelmek élnek az érintettekről szóló – előítéletekkel bőven terhelt – társadalmi diskurzusban, csak úgy „számolhatjuk fel” e stigmákat, ha a HIV/AIDS-hez kötődő témák (az eddi-gieknél nagyobb) részét képezik a közbeszédnek (Takács 2004), s ezáltal jobban meg-ismerhetővé válnak mind a HIV/AIDS témakör (miként terjed, miként nem, miként kezelhető, rizikós magatartásformák azonosítása stb.), mind pedig a HIV-vel élő em-berek életkörülményei.

A stigmatizáció csökkentése fontos össztársadalmi és közösségi érdek is: jelenleg Magyarországon még mindig alacsony a fertőzöttségi szint, így időben elkezdhető

azoknak a prevenciók stratégiáknak a kidolgozása és megvalósítása, melyek segítségével megakadályozható a betegség további térnyerése, s a fertőzöttség a lehetséges legalacsonyabb szinten tartható.

HIV/AIDS prevenciók stratégiák kidolgozásakor figyelembe kell venni a társadalmi kirekesztés és stigmatizáció potenciális hatásait, különösen az MSM populációt célzóknál. A stigmától való félelem arra késztet(het)i az embereket, hogy kockázatos szexuális vagy egyéb magatartásformákat (pl. intravénás droghasználat) kövessenek s ez vezethet akár kettős élet megéléséhez is. Tehát az MSM populációt célzó hatékony HIV/AIDS prevenciók programoknak elsődleges feladatai közé tartozik, hogy felszámolják a HIV/AIDS-hez és a homoszexualitáshoz kötődő stigmákat (PTóth 2011, 2012, Takács et al. 2012, Takács et al. 2013). Ebben a kontextusban a stigmatizáció csökkentése azzal is elősegíthető, hogy a különböző HIV-szűrést szolgáltató intézmények és szervezetek a lehető legtöbb potenciálisan fertőzött vagy fertőzés veszélyének kitett embernek biztosítsák a szűréshez (és szükség esetén a kezeléshez) való társadalmi megkülönböztetés nélküli hozzáférést.

Magyarországon napjainkban tehát az egyik legfőbb integrációs törekvésnek kellene lennie, hogy HIV-vel élők és HIV-negatív státuszúak egymást elfogadva és ismerve tudjanak békésen egymás mellett élni. Ennek legfőbb akadálya a mai Magyarországon (is), hogy a többségi HIV-negatív társadalom megbélyegzi és kirekeszti a HIV-vel élő embereket.

HIV-VEL ÉLŐK ÖNMEGHATÁROZÁSI ÉS KONFLIKTUSKEZELÉSI STRATÉGIÁI

KIREKESZTETTEN

A HIV-pozitív státusz legtöbb esetben eltitkolható, családban, barátok közt, munkahelyen, iskolában; erre azonban legkevésbé az egészségügyi ellátórendszerben van lehetőség. Orvosokkal, nővérekkel nem osztanák meg legtöbbször a státuszukra vonatkozó információt, bár az egészségügyi ellátórendszerben ezt nehezen titkolhatják el. A pozitív státusz ismeretében orvosok, nővérek sokszor megalázzák a HIV-vel élő embereket, visszaélve ezzel a bizalmas információval:

„Visszarendelt két bétre rá [az orvos a kórházba] egy másik vizsgálatra, de mondta, hogy a főnővér fogja tudni azt, hogy nekem milyen betegségem van. Odamegyek, a főnővérrel kezdek kommunikálni, és azt mondta, ja, maga az az AIDS-es buzi, és, hogy miért nem a László kórházba megyek, és miért oda megyek vissza. Hát azért nem, mert visszarendelt a főorvos. És akkor mondja, hogy megmosakodtam, és tisztá vagyok? Tebát annyira... ő mintha nem lenne tisztában azzal, hogy terjed ez a betegség. [...]. Elégé futószalagszerűen működött a dolog. Nem kezelték ott az ember lelkét egy pillanatig sem. Jó, köztölték ez van, vizslát, jöbet a következő ember” (Krisztián 37).

Egyes helyzetekben, szakrendeléseken eltitkolható (lenne) a HIV-pozitív státusz, interjúalanyaink jellemzően ezt mégsem tették meg, így azonban diszkriminálták, elutasították őket. Ahogy a következő idézetben ezt részletesen kifejti egyik interjúalanyunk, egy-egy szakrendelésen teljes elutasítást tapasztalt, és/vagy megalázták emberi mivoltában:

„Naponta, naponta érzem azt, hogyha orvoshoz kell mennem [hogy diszkriminációnak vagyok kitéve az egészségügyben]. Én úgy gondolom, hogy HIV-pozitív vagyok, el kell mondanom annak az orvosnak, aki engem kezel. Egy-egy orr-fül-gégész, vagy egy-egy fogorvos. Mert ez én így tartom fair-nek, hogy nekem ez a betegségem. Nagyon sok olyan orvossal, illetve nővérrel találkozom, akik elutasítanak... nem kezelnek, vagy pedig irányítanak a László kórházba, vagy pedig úgy kezelnek, hogy az embert a földbe döngölik” (Krisztián 37).

Általános tendenciaként figyelhető meg interjúinkban, hogy a megkérdezettek jelentős része eltitkolja környezetében HIV-pozitív státuszát; érvényes ez az azonos neműekkel folytatott szexuális kapcsolataikra is. A pozitív státusz eltitkolását mint az én-védelem gyakorlatias stratégiai lépését élük meg, még azok az interjúalanyok is, akik egyébként nyíltan felvállalják melegidentitásukat (ld. Takács et al. 2012). A következő idézetben

az egyik nyíltan meleg interjúalanyunk arra mutat rá, hogy miként próbálja elkerülni a HIV-fertőzéssel kapcsolatos társadalmi kirekesztési folyamatokat úgy, hogy HIV-pozitív státuszát nem osztja meg környezetével:

„Ez egy ilyen önvédelmi mechanizmus: ha a HIV-fertőzés valami olyasmi lenne, mint melegnek lenni, akkor elmondanám... De HIV-pozitívnak lenni, az valami egészen más, mert ez ugye egy ilyen fertőző betegség, ami terjedhet, a betegség meg ugye nem fertőző. A betegséggel kapcsolatban fel tudok hozni érveket, hogy miért van ez rendben, miért OK melegnek lenni, de ezt nem tehetem meg a HIV-pozitívítással kapcsolatban. Nem mondhatom, hogy HIV-pozitívnak lenni nem rossz, mert tényleg rossz annak lenni: mindannyian tudjuk, hogy sokkal jobb HIV-fertőzés nélkül élni, mint HIV-fertőzéssel... Ha az egész város tudná a HIV-státuszomat, akkor nem fogadna a fogorvos, és még az utcán is elkerülnének az emberek. ...Ezért soba senkinek nem árulom el a HIV-státuszomat, és még ha valaki egyenesen rá is kérdezné, akkor sem tájékoztatnám őket, mert semmi közük hozzá” (György 30).

Egy másik interjúalany a pozitív státusz én-védelmi célú titokban való tartása mellett azzal is érvel, hogy az egészségügyi ellátórendszer dolgozói is ezt tanácsolták neki:

„Hogy miért nem mondom el? Az szóba sem jöhetne. Egyébként a László kórházban az az első, hogy ne mondjam el senkinek. A nővér is, meg az orvos is [ezt mondja]” (Rudolf 29).

A társadalmi kirekesztettség érzete nem jár feltétlenül együtt személyes diszkriminációs tapasztalatokkal. HIV-vel élő interjúalanyaink esetében ennek legfőbb oka, hogy a diszkriminációtól való félelem megakadályozza őket abban, hogy környezetükben felfedjék pozitív státuszukat, így az eltitkolt státusz „megóvja” őket a diszkriminációtól. Társadalmi diszkriminációt éppen ezért legtöbbször személyesen nem tapasztaltak, azonban ennek az az oka – mint erre eddigi interjúrészleteink is rámutattak –, hogy titokban tartják HIV-pozitív státuszukat. Egyik interjúalanyunk így fogalmazza meg a diszkriminációs tapasztalat hiányának és a HIV-pozitív státusz eltitkolásának összekapcsolódását:

„Azért mert HIV pozitív vagyok, nem ért semmi hátrány. ... Jó, persze nem reklámozom magam, hogy én az vagyok” (Herki 32).

Mivel a pozitív-státusz „láthatatlan stigma” – azaz, csak akkor tudható valakiről, hogy HIV-vel él, amennyiben ezt az információt megosztja velünk, illetve vélt vagy valós HIV-pozitív státusza válik ismertté akár az egészségügyi ellátórendszer dolgozóin keresztül vagy között, akár pletykákon keresztül –, látható testi megjelöltséggel (legtöbbször) nem jár, így a státusz titokban tartása megóvhatja a HIV-vel élő személyeket attól, hogy automatikusan, „ránézésre” e marginalizált és stigmatizált csoport tagjaként azonosítsák őket:

„Nem mondom el hogy... HIV pozitív vagyok, mert elfordulnának” (Zolcsi 26).

Természetesen a pozitív státusz az AIDS-betegség stádiumában már nehezebben eltitkolható, amikor megjelennek a testen a betegség szemmel látható tünetei. A mai fejlett(ebb) kezelési módszerek mellett azonban a HIV-pozitivitás hosszú évekre-évtizedekre meghosszabbíthatja a tünetmentes állapot fenntarthatóságát. 28 HIV-vel élő interjúalanyunk közül csupán 3 volt AIDS-stádiumban az interjúk felvételekor, de ők sem számoltak be testi megjelöltséggel kapcsolatos stigmatizációs tapasztalatról, bár ahogy arra egyik interjúalanyunk rámutatott, testi tulajdonságokat pozitív státuszra utaló jelként azonosíthat környezetük:

„Ha jóképű és sovány, akkor mindjárt rámondják, hogy biztos AIDS-es, vagy ha hullik a gyuri...” (Gyuri 37).

Az elutasítástól és a diszkriminációtól való félelem megakadályozza az interjúalanyokat abban, hogy elárulják pozitív státuszukat környezetükben, ideértve barátaikat és szexuális partnereiket is. Vegyük sorra, hogy melyek azok a (jellemző) esetek, amikor eltitkolják HIV-pozitív státuszukat. A család és a barátok körében szerzett tapasztalatokra a következő néhány interjúrészlet ad példát:

„Van, aki nem áll velem szóba azóta [hogy megtudta: HIV-pozitív vagyok], van, aki tud velem találkozni azóta is. Tehát ennek is a 80%-a úgy lemorzsolódik. Vagy halogatja, hogy ezen a bétén nem, majd a jövő bétén, a következő bétén, tehát mindig próbál valamit. Tehát azt veszem észre, hogy azért hárítja, mert még nem készült fel arra, hogy találkozjon velem, hogy szembe nézzen egy olyan emberrel, aki HIV-pozitív. Az emberek úgy hiszik, hogy akkor a bomlalomra, a kabátomra, mindenből már ki van írva, hogy HIV-pozitív, és ezzel az emberrel nem lehet mozogni, nem lehet megjelenni” (Edömér 38).

Egon (40) sem közvetlen családi környezetében, sem baráti körében nem fedte fel státuszát: *„Se anyámnak, se öcsémnek - akikkel együtt laktam - nem mondtam el. Sem a többi testvéremnek. Meleg barátaimnak sem” (Egon 40).*

Ahogy arra a következő idézet rámutat, a státusz felfedése átrendezheti a baráti kapcsolatok hálózatát:

„A meleg barátaim közül vegyes érzelmekkel fogadták, akkor le tudtam szűrni, hogy kik voltak az igazi barátok, sokan eltűntek” (Feri 44).

A barátok, bizalmasok elvesztése kockázatának felvállalását a mikrokörnyezet típusa befolyásol(hat)ja, hiszen e kapcsolati hálózat átrendeződés néhány esetben nem pusztán érzelmi-baráti következményekkel jár, hanem jelenthet egzisztenciális veszélyt is:

„A munkahelyi [általános iskola] barátaimnak nem fogom elmondani, mert tartok a következményektől: az összes gyereket elvinnék a kezem alól” (Etele 52).

A munkahelyi környezetre jellemző veszélyforrásokra utal Herki (32) is:

„Ha az ember rossz személynek mondja el, vagy egy olyan személy tudja meg, az olyan lenne, mintha a TV-be mondanánk be. Most már annyira nem érdekelné a dolog, hogy mit mondanának. Akkor kicsit jobban érdekelt. Ha bizonyos helyeken kitudódik, mint például a munkahelyen, az sem egy jó dolog. ... Ott [a munkahelyemen] még azt sem tudják, hogy meleg vagyok” (Herki 32).

(Alkalmi) szexuális partnereiknek olykor elmondják, de sok esetben nekik sem:

„Nem befolyásolt [a HIV-státusom]. Persze, székeltem. Ha ők bevállalták, akkor óvszer nélkül. De csak a pozitív partnerekkel nem használtam gumit. Illetve az előző kettő nem pozitívvá csak azért, mert ők így döntöttek” (Alex 35).

Legtöbbjük nem mondta, nem mondja el (alkalmi) szexuális partnerének, hogy HIV-pozitív a státusza. Következő interjúrészletünk zárómondata jól példázza, hogy bár általánosságban azt hallhattuk interjúalanyainktól, hogy felfedik pozitív státuszukat szexuális partnereik előtt, de mindig vannak „kivételes” esetek, amikor mégsem. Ez lehet alkoholos befolyásoltság, droghasználat miatt, vagy szexpartin való részvétel közben, vagy akár meghatározhatja egyszerűen a szexuális kapcsolat futó kaland volta is:

„A legutóbbi barátomnak (4 évvel ezelőtt) még mielőtt szexuális kapcsolatra került volna a sor [elmondtam, hogy HIV-pozitív vagyok], amikor látszott, hogy alaku valami. De akkor már ő tudta a »jóindulatú« emberektől, hogy HIV-pozitív vagyok. Akkor nem mondom meg, ha csak alkalmi kapcsolatnak néz ki” (Ödön 42).

Az elutasítástól való félelem sok esetben kockázatos szexuális magatartásformákat eredményez. Előző két interjúrészletünk arra mutatott rá, hogy alkalmi szexuális partnereiknek nem árulták el HIV-pozitív státuszukat; ezzel kockáztatnák a szexuális aktus létrejöttét. További kockázatos szexuális magatartásformaként jelenik meg a szexpartikon való részvétel, ami legtöbbször (nem intravénás) droghasználattal, alkoholfogyasztással, stimuláló szerekkel társul:

„Próbáltam, de nem szeretem a túbasználatot. Sokan, akik az ilyen vadabb dolgokat szeretik, használnak tűket. ... A másik, ami veszélyforrás, az a könnyűdrogok használata. ... Ezek használatával sokkal több mindent enged meg magának az ember. Ezek a szerek felfokozzák azt az érzelmi állapotot, amit az ember kíván. Miután nekem érzelmi szinten kapcsolat-vágyam, szerelem-vágyam volt, ha ezeket a szereket használtam, hiába voltam olyan közegben, ahol keményebb szexről volt szó, megvolt a tudatalattimban, hogy én mást is szeretnék. Többet gondolkodtam a nem

biztonságos szexről, engedékenyebb lettem volna, de mindig tartottam magam előtt egy batárt, amit nem akartam átlépni. Ilyen anyagokkal sok minden eszébe jut, amit normál körülmények között elutasít” (Ákos 22).

Az én-védelem érdekében legtöbb esetben igyekeznek megelőzni a státusz-felfedéssel járó elutasítást, kirekesztődést, így sokszor „preventív módon” – a lehetőségeikhez képest – újrastrukturálják társadalmi kapcsolataikat: azaz kénytelenek új barátokat szerezni, akik szintén HIV-vel élők:

„Döntő többségüket [a barátaimnak] a HIV-pozitívuság révén [ismertem meg]. [...] a meleg barátaim döntő többsége is HIV-pozitív” (János 49).

A társadalmi kapcsolatok újrastrukturálása legtöbb esetben nem tudatos stratégia, inkább a vélt vagy valós kirekesztettség – illetve az attól való félelem – elkerülésére irányuló sorstárs-keresés. Emiatt sok esetben elszigetelteké vál(hat)nak – redukálódik a HIV-negatívokkal fenntartott kapcsolati háló sűrűsége, illetve nem kezdeményeznek új ismeretségeket HIV-negatívokkal. Ugyanez érvényes a tágabb ismeretségi körre is, ahogy erre Feri (44) is rámutat: „Most már a HIV-pozitívok vannak, többen az ismerőseim között”. Ezek az új társadalmi kapcsolatok, azaz HIV-vel élő barátok, ismerősök egyfajta informális önszolgáltató körként is működnek, működhetnek. Egymás előtt nem kell titkolózniuk, mivel sorstársak: „Én, mióta tudom, én csak olyanokat keresek, akik szintén pozitívak” (András 34).

Az egymás közti őszinteségre vonatkozóan leginkább a szexuális gyakorlatokkal összefüggésben találtunk megnyilvánulásokat. A szex – és különösen a szexuális úton terjedő betegségek – témájában leplezetlenebbül beszélgetnek egymás között a pozitív státuszúak. Ahogy a következő interjúrészletben olvashatjuk, kialakul a „mi-tudat”. A csoport-identitás megtelítődik értékekkel, generalizál – azaz: induktív logikát alkalmazva az egyes (ismert) személyek tulajdonságait a csoport általános jellemzőjeként érzékeli – „jó tulajdonságokkal” ruhazza fel a HIV-vel élőket általánosítva a személyes tapasztalatok alapján:

„Pozitívoktól kevésbé kell félni azoknak, akik egészségesek. Mi [HIV-pozitívok] háromhavonta megjelenünk és megcsináltatjuk a tesztet. Ilyenkor megcsináltatunk mindent. Ha valaki netalán összeszed egy szifilisz, akkor azok, akik pozitívak és egymásról tudják, hogy pozitívak, kicsit őszintebben állnak ilyenekhez. A pozitívak ilyen szempontból nyitottabbak és őszintébbek. Ha negatív lennék, akkor valószínűleg nehezebben mondanám el. Mi megmondjuk hamarabb, hogy beesett egy ziccer” (Miki 42).

Ugyanakkor a félelem, hogy a pozitív-státusz felfedése a meglévő barátok, ismerősök elvesztésével jár(hat), s e félelem megakadályozza őket abban, hogy környezetükben felfedjék

pozitív státuszukat, s e már korábban meglévő kapcsolati hálóban inkább az eltitkolást választják. Ez az önvédelmi mechanizmus – azaz a pozitív státusz eltitkolása – megóvhatja őket attól, hogy diszkrimináció érje őket. Ugyanakkor e hasznos hozadék – a diszkrimináció elkerülése – mellett, épp ez az oka annak, hogy társadalmilag láthatatlannak maradnak.

A társadalmi láthatatlanság velejárója, hogy számos előítélet és tévhit él a HIV-vel élőkkel szemben. Egon (40) arról számol be, hogy annak idején, még a '80-as években, amikor ő először találkozott a HIV/AIDS-témával – s megfertőződésének ideje is csupán pár évvel későbbi – az úgy jelent meg a közbeszédben, mint egy csak a melegeket érintő, „célirányos” betegség. Így nem is nagyon vették komolyan a dolgot, hiszen nem lehet olyan vírus, ami szexuális orientáció alapján válogatja meg áldozatait:

„Nekem nem volt bajom ezzel az AIDS-szel kapcsolatban, mert amikor ezt az egész AIDS dolgot bedobták a közfudatba [a '80-as években], nagyon otromba módon tették. Ez csak a melegeket érinti, azon belül is csak a férfiakat. Teljesen negatívan állították be, morális kérdésként kezelték. Akkor ezt a korosztályomban senki sem vette komolyan vagy alig. Igazából azt hittem, hogy tiszták a partnereim és akkor nem is lehet semmi baj” (Egon 40)

A vírus terjedéséhez kapcsolódó hiedelmek nem csupán a vírus „célközönsége” tekintetében jelentek meg, hanem annak terjedési módjaira vonatkozóan is:

„Úgyhogy anno a leprás betegséggel egyenlő ez a HIV-pozitív státusz... Volt egy vidéki meleg ismerősöm, aki annyira buta, hogy nem tudta, hogy a HIV pozitívságot még nem kaphatja meg, hogy kommunikálok vele, vagy ránézek, vagy kézfogással. Hisztizett, hogy nem akar a közelembe kerülni, mert esetleg átugranak a vírusok a bőrömről keresztül” (Edömér 38).

Így két irányból is tovább épülhet a HIV-stigma: egyrészt a melegséggel mint identitáskategóriával való összemossa révén, melyet a kórról szóló diskurzus eredendően morálisan elítélt, másrészt a vírus terjedésével kapcsolatos teljes információhiány rettegést és elutasítást váltott ki a HIV-vel élőkkel szemben (pl. Sontag 1990, PTóth 2011, 2012):

„És hát utána hirtelen kiderült, hogy én meleg vagyok, és akkor bekategorizáltak abba, hogy meleg, és bekategorizáltak abba, hogy HIV, illetve AIDS. Az édesanyám azt az útravalót adta nekem, hogy ebben fogok megdőglenni” (Krisztián 37).

Korábbi tanulmányok már rámutattak arra, hogy az internalizált homofóbiához hasonlóan az internalizált HIV-stigma is öngyűlölethez vezethet (Herek 1990, Lee et al. 2002, Herek 2004, Takács et al. 2012, Takács et al. 2013). E jelenség összefügg azzal a látszatkorrelációval is, miszerint a homoszexualitás és a HIV/AIDS elválaszthatatlan egymástól (PTóth 2011, Takács et al. 2012). Következő interjúrészletünk e komplex jelenség működését illusztrálja:

„Nekem az AIDS-tól való félelmem, az összetett eléggé. A homoszexualitást és a HIV-fertőzést azonosítottam eléggé. Amikor szép lassan ezt sikerült szétválasztani, akkor megkaptam. [...] az AIDS-tól [féltem] elsősorban. És ez már a kezdetektől így volt. A legeslegelső férfikapcsolatom után három hétig nem tudtam aludni, mert meg voltam győződve arról, hogy én most AIDS-es vagyok. Így kezdődött. ... Én már az első pasinál is besokalltam. [...] tehát hogy mondjam, tehát ez még egy pluszbüntetés nekem, hogy még jobban előítéletesen gondolkozom ezekről, a HIV-pozitív emberekről általában. [magamról is] Mert éltem szexuális életet, aktív szexuális életet éltem, tehát ilyen voltam. ... a lényeg az, hogy szexuális életet éltem különböző emberekkel – gumival, de éltem” (Rudolf 29).

Ahogy erre interjúalanyunk rá is mutatott: ebben a konkrét esetben még a melegség felvállalását is akadályozta a HIV/AIDS stigma, ami az interjúalanyt melegségének felvállalása idején még személyesen nem is érintette – illetve áttételesen mégis. A meleg-identitást és a biztonságos(abb) szexuális aktust (óvszerrel való közösülés) is összekapcsolta a HIV-fertőzéssel még az első (meleg) szexuális élményét megelőzően. A HIV-fertőzést pedig mint a melegséggel együtt járó egyfajta ön-sorsrontást értelmezi, büntetésképpen identitása miatt.

A HIV-STIGMA

Elemzésem kiemelt célja, hogy HIV-vel élő interjúalanyaink önképének, motivációinak, diszkriminációs tapasztalatainak, rejtőzködési attitűdjeinek és stratégiáinak áttekintésével felvázoljak egy lehetséges keretet a HIV-vel élők én-elbeszéléseinek megértéséhez, ami – reményeim szerint – hatékony(abb) HIV-prevenációs stratégiák kidolgozásához járulhat hozzá. Ennek társadalmi relevanciáját az adja, hogy a társadalmi kirekesztő mechanizmusok feltárása révén megtudjuk: az internalizált stigmák és a stigmatizáló beszédmódok inkorporálása olyan viselkedés- és attitűdmintázatokat eredményez, amely a HIV-vel élő emberek rejtőzködéséhez vezet; a fertőzés szempontjából rizikós magatartást tanúsító egyének pedig a stigmától való félelem miatt rejtőzködnek, éppen ezért nem járnak HIV-szűrésre és nem tájékozódnak arról, hogy hogyan védjék meg magukat (és partnereiket) a HIV-fertőzéstől (ld. P.Tóth 2011). A *stigmatizáló beszédmódok inkorporálása* kifejezést továbbra is abban az értelemben használom, ami nem a pszichológiai jelentéssel bíró internalizációt jelenti, hanem a stigmatizált személy által használt én-elbeszélő diskurzust átszövő, abban nyelvileg tetten érhető szövegrétegeket. A stigmák kialakulásának és működésének a megértése nélkülözhetetlen előfeltétele a hatékony(abb) társadalmi HIV-prevenációs stratégiák folytatásának (pl. Social Integration in Action 2009).

Mind a HIV-vel élők önmeghatározási stratégiáiról, mind fenyegetett identitásként megkonstruálódó identitásukról, mind társadalmi integrációjuknak lehetséges módjairól akkor beszélhetünk, ha képesek vagyunk őket marginalizált, kirekesztett társadalmi csoportként azonosítani, akik pozitív HIV-státuszuk okán stigmatizáltak. A stigmatizáció fogalmát a következőképp definiálom: a stigma nem kívánt (nem választott) különbözőség; stigmatizáló hitek személyek egy adott csoportjával szemben alakulnak ki, akik egy adott, meghatározható tulajdonság mentén társadalmi csoportot alkotnak. Amikor egy személy felismeri, hogy egy társadalmilag stigmatizált csoport tagja, akkor énképének jelentéstartalmi és releváns részévé válnak a stigmatizációhoz kötődő hitek. Ennek folyamataként a stigmatizált személy internalizálja ezeket a negatív hiteket, és a stigma negatív én-koncepciókhoz és élethelyzetekhez vezethet (Goffman 1963, Link 1982, Link et al. 1987, Link et al. 1997, Fife – Wright 2000).

A HIV-státusszal – például a homoszexualitással összefüggésben – gyakran együttjáró egymásra rétegzett stigmák elmélyítik a HIV-stigmát (ld. Herek 1990, Takács 2004, P.Tóth 2011, Takács et al. 2013), s ezáltal a HIV-vel élő emberek akár halmozott diszkriminációnak lehetnek kitéve, mely társadalmi kirekesztéshez és a *strukturális elhanyagolás* (Young 1990) több irányú elszorításához vezethet, különös tekintettel a kulturális imperializmus és a rendszerszerű erőszak áldozatává válás veszélyeire (Takács et al. 2008, 2012). E folyamat pedig együtt jár azzal, hogy mind a homoszexualitás, mind a HIV-pozitív fenyegetett identitásként (Breakwell 1986) jelenik meg és értelmezhető az érintettek életében.

Számos tanulmány mutatott már rá arra, hogy az AIDS a közgondolkodásban a homoszexuálisok betegségeként jelenik meg, egy olyan betegséggé, ami a heteroszexuálisokat csak abban az esetben veszélyezteti, ha „átterjed” rájuk (ld. pl. Herek 1990, Takács 2004). Az AIDS és a homoszexualitás egymáshoz tartozó fogalmakként jelennek meg, s e látszatkorreláció eredményeképp a homoszexuálisok, mint egységes „rizikócsoport” értelmeződnek; mintha a promiszkuitás nem egyénspecifikus, hanem homoszexualitás-specifikus jelenség volna, s így ők nagyobb eséllyel fertőződnenek meg az AIDS vírussal. Ennek következtében a valós magatartás helyett gyakran a (vélt) homoszexuális csoporttagság válhat elsődlegessé az ítéletalkotásban (Takács 2004). Jelen fejezet célja, hogy a 28 HIV-vel élő férfival készült mélyinterjú értelmezve, a narratív elemzés módszereivel fedjen fel olyan mintázatokat, amelyek segítenek megérteni a kérdezettek önmeghatározási stratégiáit.

Minden ember arra törekszik, hogy magát valamiféleképpen megjelenítse; mi több, az interjúhelyzet (ön)megjelenítési kényszerhelyzetet teremt. Ez lehet alig tudatos, illetve szándékolt. Az utóbbi esetben mindenképp önmegjelenítési stratégiáról

kell beszélünk. Ez a homlokzat kialakításának és fenntartásának folyamata, mely számtalan taktikai lépésből áll.

Az önprezentáció akkor lehet sikeres, amennyiben ahhoz reflexiók társulnak, melyet egy adott csoport, a személyiség szociális környezete ad. A reflexiók akkor értékesek az önprezentáció szempontjából, amennyiben azok a személyiség értelmezési kereteiben alapját képezik az önreflexiónak. Ez az értékelési és önértékelési folyamat adja meg a lehetőséget ahhoz, hogy a különböző énképek – ideális, tükrözött – realizálódhassanak, s így a személyiség fejlődése és fejlesztése során stratégiai alapot képezzenek. Ez a helyzetfelmérés, az önpercepció stabilizálódása illetve módosulása, az önmonitorizálás a fejlődés és a stratégia feltétele.

Az önprezentáció megtervezése, stratégiájának kialakítása tervezést kíván meg a kommunikációnkban. Tudatos célokat kell körülhatárolni, ami irányul a figyelem és érdeklődés kiváltására, befolyásolásra, kapcsolatépítésre és -javításra, konfliktusmegoldásra, motiválásra. Amennyiben az adott személyiség birtokában van ezeknek a kommunikációs kognitív képességeknek, ismeretanyagoknak, *skill*eknek, akkor tudatosan alkalmazhatja a különböző módszereket ahhoz, hogy önmegjelenítése sikeres legyen, s az önmagáról kialakítandó kívánt homlokzat egybeessen, vagy legalábbis szignifikánsan ne különbözzön a visszatükrözött reflexióktól. Magyarán szólva: azt a képet sugározza magáról, amit szeretne. Esetünkben az internalizált HIV-stigmából fakadó negatív önkonceptiók épp az önprezentáció stratégiájának pozitív hozadékai elé gördítenek akadályt. Azaz, a stigma egyrészt elősegíti egy negatív énkép kialakulását, ezáltal az ebből fakadó homlokzat (még önmaga előtt is) rossz színben tünteti fel a HIV-vel élő személyt, másrészt az így létrejött kognitív disszonancia felszámolására tett kísérletek jellemzik az én-elbeszéléseket, melynek során igyekszik az elbeszélő önmagától eltávolítani a HIV-pozitivitáshoz társított vélt vagy valós negatív tartalmat.²⁵

A HIV-stigma gyakran rárétegződik (*layered stigma*) más meghatározott csoportokhoz – mint például homoszexuálisok, prostituáltak, droghasználók – köthető stigmákra. Ezek a stigmarétegek sajátos módon járulnak hozzá az AIDS-stigma elmélyüléséhez és kiterjesztéséhez/kiterjedéséhez: az említett csoportokat „rizikócsoportként” feltüntetve azt a téves látszatot keltik, mintha a HIV-fertőzés kizárólag e csoportok problémája lenne, arra utalva, hogy a stigmatizáció nem (szexuális vagy egyéb) magatartásformákhoz, hanem csoporttagsághoz kötődik (Takács 2004, Herek 1990).

25 A meginterjúvált HIV-vel élők saját énképük pozitív felépítéséről csak nagyon korlátozott mértékben számoltak be. Ebben az összefüggésben a pozitív identitáskonstrukció olyan homlokzatként, énfelmutásként jelenhet meg a külvilág számára, ami inkább konfliktuskezelési stratégiának nevezhető, semmint identitáskonstrukciós stratégiának.

Példaként s (ön)reflexióként szolgálhat, felidézve ismét egy korábbi idézetet, az egyik interjúalany következő megfogalmazása:

„Nekem az a bajom ezzel az AIDS-szel kapcsolatban, mert mikor ezt az egészet bedobták a köztudatba, nagyon otromba módon tették. Ez csak a melegeket érinti, azon belül is csak a férfiakat. Teljesen negatívan állították be, morális kérdésként kezelték. Akkor ezt a környezetemben senki sem vette komolyan vagy alig. Igazából azt hittem, hogy tiszták a partnereim és akkor nem is lehet semmi baj” (Egon 40).

E stigmatizáltság nyilvánul meg a HIV-vel élőkét érő diszkriminációban a munkahe-lyeken, lakhatásban, oktatásban és számos más intézményi területen. Egyik interjúala-nyunk így számolt be az általa megtapasztalt munkahelyi diszkriminációról: *„A borvát konzulátuson dolgoztam két napig, bepereltem őket, mert azért nem alkalmazták, mert kiderült, hogy HIV-fertőzött vagyok” (Sissi 41).*

Az AIDS-stigma negatív hatással van mind a HIV-fertőzésnek kitett emberekre, mind az egész társadalomra. A stigma következtében fokozódik a témát övező hall-gatás. A fertőzésnek kitett emberek is félnek elmenni HIV-szűrésre, nem informá-lódnak a HIV terjedéséről, ennek következtében nem ismerik meg a kockázat csökkentésének lehetőségeit. Az AIDS-stigma következtében sok ember eltávolítja magától a fertőzés lehetőségének még a gondolatát is, s nem vesz tudomást saját potenciálisan kockázatos magatartásáról sem. Ez a tagadás bármiféle prevenció-s törekvés komoly akadályát jelenti. Annak érdekében, hogy visszaszoruljon a HIV-fertőzés terjedése, elengedhetetlen, hogy szembenézzünk az AIDS-stígmával és megértsük annak működését (Herek 1990).

A jelen kötetben elemzett interjúk az MSM (*men having sex with men*) populáció tagjaival, azaz férfiakkal szexelő férfiakkal készültek. Az MSM meghatározás a szexuális gyakor-latra utal, nem pedig az identitásválasztásra. Epidemiológiai megközelítésben elterjedt gyakorlat, hogy az MSM kategóriát a homoszexualitással, illetve a melegidentitással azonosítják, holott az MSM szexuális gyakorlat járhat biszexuális vagy akár hetero-szexuális identitással is.

A 2012 decemberében befejezett adatfelvételünk – Budapesti Esély 2. nemzetközi HIV/AIDS prevenció-s kutatás (*International Social Network2*) – kérdőíves felméréseinek alapján (közel 500 férfitől gyűjtöttünk adatokat) alátámasztja, hogy szinte kizárólagos MSM szexuális gyakorlatok esetén is változóak lehetnek az identitáskategóriák²⁶; illetve, ahogy erre későbbi interjúrészleteink is utalnak, a szexuális gyakorlat megléte vagy hiánya nem befolyásolja, hogy valaki melegként azonosítja-e önmagát.

26 Előfordult, hogy kizárólag férfiakkal szexelő férfi válaszadók önmagukat heteroszexuálisaként határozták meg.

Susan Sontag *Az AIDS és metaforái* (1988 [1990]) című esszéjében kifejti, hogy az AIDS mint halálos kór megjelenése miként „szabadította fel” a stigma alól azt a rákot, amely korábban már átvette a pestis helyét. Társadalmi szerepüket tekintve e kórok nem sokban különböznek, különböztek, csupán az újabb megjelenésével a régebbi kór megbélyegzettsége átöröködik az újabbra. A kórhoz kötődő stig mák kivételnek annak hordozóira, s a „tiszták”, a kórmentes társadalmi többség demonizálhatja őket; felruházhajta őket az összes olyan tulajdonsággal, mely biztosítja számkivetettségüket, megbélyegzettségüket. E demonizált betegségdiskurzus léte igazolja vissza a többség „tisztaságát”, biztosítja az elkülönülés biztonságos(nak vélt) állapotát.

A közbeszédben és közvélekedésben – melyet a média által sugárzott kép is megerősít – legtöbb esetben az AIDS, mint beteg állapot és a HIV-pozitivitás, mint vírushordozó állapot nem válik külön. A HIV-pozitivitás és az AIDS egymás szinonimájaként jelennek meg. Ez a fogalmi összemosódás is elősegíti, hogy „betegségről” lévén szó – melyet ráadásul medikalizált (szaknyelvi) diskurzus övez – kialakuljon egy társadalmilag demonizált betegségdiskurzus, mely a stigmatizált csoport összes tagját igyekszik saját előítéletei mentén elbeszélni. E betegségdiskurzussal szemben a továbbiakban arra mutatok rá a narratív elemzés módszereivel, hogyan lehetséges kiszakítani a HIV tematikát ebből a prevenció szempontról (is) kontraproduktív értelmezési keretből.

Társadalmi szempontból elsősorban azért van jelentősége a HIV-vel élők megértésének, hogy elkerüljük a további fertőzéseket (vagy, hogy csökkentsek azok számát), s egyúttal egy igazságtalanul elnyomott csoportot integráljunk. Amennyiben képesek vagyunk megérteni őket, fel tudjuk fejteni a mélyinterjúk (rejtett) rétegeit (is), és magyarázatokkal tudunk szolgálni arra, hogyan élnek meg életeseeményeket, hogyan konstruálják meg énképeiket, s hogyan beszélik el önmagukat, azzal hozzájárulhatunk a róluk szóló beszédmód, és az őket elbeszélő társadalmi diskurzus megváltoztatásához. Ahogy erre már Foucault (1998) is rámutatott: nem a diskurzusban folyik a harc, hanem a diskurzusért. A vágy tárgya a diskurzus maga, mert a diskurzus birtoklása biztosítja az események értelmezési keretét. Ezért van szükség az őket elbeszélő többségi társadalmi diskurzus megváltoztatására, hiszen így érthetőek meg azok a negatív hitek, amelyeket ez a társadalmi diskurzus táplál, s amelyeket maguk az interjúalanyaink is (részben) internalizáltak.

Ahhoz, hogy megérthessük, miként konstruálják meg énképüket a HIV-vel élő interjúalanyaink, meg kell értenünk elbeszél történeteiket, azaz az interjúkat. Mint arra számos tanulmány rámutat (pl. Ricoeur 1999, Pászka 2007), a megélt történetek nem moshatóak össze az elbeszél történetekkel. Az elbeszél történetek az egyes elbeszélő szubjektív szempontból megfogalmazott valóság tapasztalatai, azoknak az emlékezet, a felejtés,

a szelekció (Iser 1997)²⁷ által átszűrt és újfogalmazott verbális megjelenései. Épp ezért az interjúkat narratív elbeszéléseként értelmezem, azaz elbeszél *szöveg*ként. Az elbeszél történetek szövegként való értelmezésekor el kell fogadnunk azt az egyezményes alapot, hogy interjúalanyaink elbeszéléseiben megélt élettörténetüket rekonstruálják, verbalizálják, így ugyan elsődlegesen „csak” szövegekhez férünk hozzá – mégis kaphatunk valamiféle magyarázatot, támpontokat valós élethelyzeteik megértéséhez. Ugyanakkor be kell ismernünk, hogy az interpretáció mindig homályosságba torkollik, s maga az élettörténet sohasem lesz rekonstruálható. (Persze ez egy érdekes törekvése a szövegelemzőnek, hiszen egyetlen elbeszélő, ill. nézőpont esetén eszünkbe sem jutna, hogy egy elbeszél (konstruált, netalántán fiktív) történet mögött valami „valósat” keressünk, de az elbeszélői nézőpont felébreszti az értelmezőben az *igazság* megtalálása iránti érdeklődést. Egyre jobban törekszünk arra, hogy egy *elsődleges* történetet megkonstruálhassunk, holott tisztában vagyunk ennek lehetetlenségével.)

Feltételeznünk kell azonban, hogy az elbeszélő az igazságot akarja ábrázolni, a történetet, a történetét hűen bemutatni. Természetesen a konstruktív emlékezetnek köszönhetően egyfajta történettöredék-halmazt olvashatunk. Ezekből látszik kikerekedni valamiféle „igazság”. Elemzésünk téje, hogy szövegekben és szövegek között előre- és hátraugrálva, oda-vissza cikázva az értelmezés érdekében, felhasználva az interpretációs eszközök széles tárházát, felfedjük és felfejtsük azokat a gondolati struktúrákat, amelyek a megértést teszik lehetővé. S bízva értelmezési módszereinkben, a szövegmegértést előfeltételként, de nem célként tűzzük ki magunk elé. Mindezt annak a reményében tesszük, hogy megismerjük interjúalanyaink történetét. Tulajdonképpen nyomozunk az elmúlt események után.

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül az interjúhelyzetet mint kontextust sem. Az interjúzás szituációjának kialakítása, az interjúalany HIV-vel élő egyénként való megszólaltatása az elbeszélő ént egy olyan szerepbe kényszeríti, ahonnan csak és kizárólag mint HIV-vel élő képes elbeszélni önmagát. A szituáció kontextusaktivátorként működik: az elbeszélés tárgyát meghatározza az interjúzó és interjúzott jelenléte, és az interjú *témája*. Azaz: e kontextus egy olyan önmeghatározási keretet nyújt, amelyben az elbeszélő én egy bizonyos *tulajdonsága* (jelen esetben HIV-pozitivitása) előtérbe kerülésével konstruálhatja meg önmagát. Így a kérdésfeltevés – és egyben a megértés lehetősége is – a szöveg odaértett tárgyára: tehát a HIV-vel élő egyénre, s nem a szöveg elbeszélőjének személyére irányul.

Első olvasatra ez talán nem tűnik az értelmezés szempontjából jelentős különbségnek, azonban ahhoz, hogy az interjúszövegekben megkonstruálódó én-reprezentációk,

27 Iser (1997) a szelekciót nevezi meg a fikcionális aktusaként.

identitások úgy váljanak megérthetővé, hogy e társadalmilag stigmatizált csoport tagjainak megértésében is segítségünkre legyenek, ezek az értelmezési keretek megkerülhetetlennek látszanak. Amennyiben nem törekszünk arra, hogy a szövegek mélyrétegeit – narratológiai, grammatikai, szemiotikai eszközökkel – feltárjuk, akkor könnyen olyan helyzetbe kerülhetünk, hogy – Stanly Fish (1980) kifejezésével élve – „félre-előolvassuk” e szövegeket, s értelmezésünk sokkal inkább rólunk fog szólni, előfeltevéseinkről, hiteinkről, semmint a megérteni kívánt szövegekről, ami alapján közelebb kerülhetünk a megérteni kívánt társadalmi jelenséghez. Így a továbbiakban a stigmatizációra mint társadalmi konstrukcióra; a diszkriminációs tapasztalatokra mint a stigmatizáció manifesztációjára; az interjúkra pedig mint az elbeszélő én által konstruált szövegre, de egyben a valós, megélt élettörténet lenyomatára tekintek, melyeknek értelmezéséhez narratológiai eszközöket alkalmazok. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül ugyanakkor azt sem, hogy az elbeszelt történetek olyan nyelvi, verbalizált történések, melyek nem csupán egy személyes percepció „termékei”, hanem egyben társadalmi valóságot is konstruálnak.

A következőkben a 28 mélyinterjú elemzése alapján arra törekszem, hogy az én-elbeszélések három narratív szintjét különítsem el. Az első az elbeszélő én személyes tapasztalataiból építkező réteg. Ilyenkor az interjúalany leginkább egyes szám első személyben, érzelmileg telített módon fogalmaz, legtöbbször sztorit, élményt mesél el, mint a következő esetekben:

„Már nem is tudom mióta nem aludtam ki magam” (Gergő 46); „Nem is tudtam erről a betegségről sok mindent, ezért úgy megijedtem, hogy nekem nem lesz senkim” (Alex 27).

A második a más érintettekről hallott, általában a más érintettekről szóló, HIV-vel élők által elmesélt elbeszélés-réteg, mely megjelenhet többes szám első személyű megfogalmazásban, bár jellemző, hogy gyakran egyes vagy többes szám harmadik személyben, *elidegenítve* fogalmazódik meg a mondanivaló. Erre példák a következő megszólalások:

„Ha egy pozitívval vagyok, és rendszeresen ellenőrztetjük magunkat, ugyan be-becsúsíthat valami, de kicsi a valószínűsége, mert jobban figyelnek magukra a pozitív emberek. [...] Nagyobb az esélye, hogy én összeszedjek tőlük valamit, mint tőlem kapjanak el bármit is, mert annyira nem vigyáznak. Pozitívoktól kevésbé kell félni azoknak, akik egészségesek” (Miki 42).

„Szörong, fél, nincs senki, aki ezt feloldja, be van skatulyázva” (Ödön 42).

A harmadik szövegréteg egy metaszóvegből építkezik: abból a társadalmi diskurzusból, ami a HIV-vel élők *ról* szól. E réteget metaszóveggént határozom meg, mivel e réteg nem légüres térben jött létre, hanem szövegek egymásra épüléséből, szövedékéből alakul ki: elemei *már* elbeszelt szövegek, illetve e szövegekről szóló szövegek. Ennek összetevői

sokrétűek, tartalmazzák a tudományos szövegek elemeit (főként az orvosi, szociológiai, jogi és emberi jogi szaknyelvből merítve), valamint a „kívülállók” által megfogalmazott, stigmatizáló diskurzust. Legtöbb esetben általános alanyt használva fogalmazódnak meg, s különböző szófordulatokkal világlik ki „idegenségük” az interjúszövegekben. E rétegek az interjúszövegekben nem-lineáris struktúrákként vannak jelen, melyet azonban az értelmezés során tudatosan rendezünk lineáris struktúrákba.

A következő két idézetben megfigyelhető, hogy az interjúalanyok az orvosi nyelvből kölcsönzött, pontatlanul használt fogalmak használatában beszélnek magukról; szemantikailag fel is tűnik, mennyire nem szervesülnek egyes szövegelemek:

„Most azért, hogy ne hogy ilyen kerekesszékes legyen [használnék óvszert a párommal]. Bár mind a kettőnknek jók a leletei, tehát gyakorlatilag egy szinten állnak a sejtszámok és a többi, és a többi, de ettől függetlenül odafigyelünk” (Attila 35).

„Ott vért vettek, másnapra megmondták a CD4 sejtszámom és a százalékot, ami akkor zavaró volt, mert olyan értékek voltak, hogy azzal akár negatív is lehettem volna” (Etele 52).

Mint a fentiekben rámutattam, a narratív nézőpont – illetve a fokalizáció – analízise és a grammatikai elemzés teszi lehetővé, hogy az én-elbeszélések narratív szintjeit elkülöníthessük (pl. Genette 1999). A Mieke Bal (1999) által használt értelemben a fokalizáció hatóköre kiterjed a narratíva minden elemére. Az explicit szereplői fokalizáció mellett megkülönbözteti a külső fokalizációt, melynek ágense anonim marad, nem jelenik meg a narratív szövegben. A vizuális metafora kiterjesztése maga után vonja, hogy az elbeszélte eseményeket mindig látja, legalábbis láttatja valaki, még akkor is, ha magának a fokalizálónak a kilétét homály fedi.

Így az elemzés során kimutathatóvá válik, hogy a HIV-vel élő én-elbeszélések jelentős részben olyan elemekből épülnek fel, melyeket nem maguk az érintettek fogalmaztak meg, hanem a róluk szóló elbeszélésekből merítettek, s ez hatással van az identitásukra. Az én-elbeszélések rámutatnak arra is, hogy a feltett kérdésekhez képest hol vannak a válaszoló – önmeghatározásában fontosnak vélt – (p)referenciái. S bár a vizsgált interjúalanyok nem alkotnak a szó klasszikus értelmében vett közösséget, stigmatizációjuk mentén azonban kimutathatóak közös identitásképző elemek, így akár egyazon közösség tagjaiként is értelmezhetőek. Ez utóbbi állítást azonban csak akkor tudjuk alátámasztani, ha bizonyítást nyer, hogy az interjúszövegek kezelhetőek egységes szövegkorpuszként.

Az alább következő idézetek arra mutatnak rá, hogy a stigmatizált csoport tagja számára a stigma megtapasztalt valóság. A stigmától való félelem oly erős, hogy az is tart tőle, aki pusztán a stigmatizált környezetébe kerül: attól tart, hogy átragad rá. Az idézet

második felében pedig láthatjuk, hogy az információk hiánya és a betegségtől való rettegés miként táplálja a tévhiteket:

„Tebát azt veszem észre, hogy [egy ismerősöm] azért hártja, mert még nem készült fel arra, hogy találkozzon velem, hogy szembe nézzen egy olyan emberrel, aki HIV-pozitív. Az emberek úgy hiszik, hogy akkor a homlokomra, a kabátomra, mindenhol már ki van írva, hogy HIV-pozitív és ezzel az emberrel nem lehet mozogni, nem lehet megjelelni. Volt egy vidéki meleg ismerősöm, aki anyyira buta, hogy nem tudta, hogy a HIV-pozitívsgot még nem kaphatja meg, hogy kommunikálok vele, vagy ránézek, vagy kézfogással. Hisztizett, hogy nem akar a közelemben kerülni, mert esetleg átugranak a vírusok a bőrömről keresztül” (Edömér 38).

Erre további példa található a Gyurival (37) készült interjújában:

„Vagy ha bementem nagyon ritkán a presszóba, elmosták hús-ször a poharat, vagy régi poharat adtak, amit lebet, hogy utána dobtak el. Nagyon kikészültem ideigileg” (Gyuri 37).

A következő idézetben azt figyelhetjük meg, hogy a HIV-vel élő elbeszélő én miként emeli be én-elbeszélésebe, s miként internalizálja – bár reflektáltan – azokat az előítéleteket, melyek a HIV-vel élőket övezik:

„Én elég érdekesen gondolkodom, és gondolkodom a mai napig a HIV-pozitív emberekről... Abszolút előítélet. Még csak sztereotípiának sem mondható. Az én elméletemben az lesz HIV-pozitív, aki megérdemli – aki össze-vissza kefél a sötét szobákban... holott tudom persze, hogy ez nem teljesen így van, mert bőven elég egyszer lefeküdni valakivel és el lehet kapni” (Rudolf 29).

Az interjúalany által is említett betegség- és bűndiskurzusnak a létrejöttével kialakul egy elbeszélői horizont, s az erre az axiómarendszerre épülő társadalmi narratíva (metaszöveg) határozza meg a kór hordozóiról szóló elbeszéléseket, ideértve saját én-elbeszéléseiket is. Az elbeszélői horizontot az az elbeszélői nézőpont határozza meg, mely a megért(őd)és vágyát követve jön létre, egyre közelítve a befogadói elvárásai horizonthoz – annak összes negatív hitével, előítéletével telítve –, törekedve a horizont-összeolvadásra (Gadamer 1984). Az én-elbeszélésekben kirajzolódó és az azokból építkező identitásoknak szerves részét képezi a róluk szóló diskurzus (metaszöveg) elemeinek internalizálása. Interjúalanyainknál tetten érhető, amikor egyáltalán nem személyes tapasztalatok megélésére alapozva konstruálnak meg egy önmagukról szóló elbeszélést, hanem abból a metaszövegből építkeznek, amely a stigmatizált csoportról szól. S mivel önmagukat a stigmatizált csoport tagjaiként azonosítják, ezért e konszenzuálisnak tekinthető metaszövegben rejlő identitáselemeket beépítik saját identitásukba annak újrakonstruálásakor. Például Gergő (46) a barátai véleményére – és nem orvosi véleményre – alapozva mondja, hogy mennyi idő van még hátra az életéből:

„*Azt mondták a barátaim, hogy én 3 évre vagyok kalibrálva*”.

A következő idézetben megfigyelhetjük az önreflexiót, amivel az interjúalany a stigmát mint társadalmi konstrukciót azonosítja (pl. Herek 1990, Sontag 1990):

„*Megdöböntő, ha azt mondom, hogy október óta 150-180 telefonszámot kitöröltem a telefonomból. Nem jelentkezők az emberek. Nehezebb felvállalni nekik, hogy van egy HIV-pozitív ismerősiük, mint nekem beletörödni abba, hogy HIV-pozitív vagyok. Úgy, hogy anno a leprás betegséggel egyenlő ez a HIV-pozitív státusz*” (Edömér 38).

Ahogy erre korábbi tanulmányok is rámutattak (pl. Carricaburu–Pierret 1995), a HIV-pozitív státusszal járó stigmatizáció miatt az interjúalanyok kénytelenek voltak újra-konstruálni identitásukat pozitív státusz ismertté válását követően. Ebből következően a személyes szintű én-elbeszélések nem választhatóak le a referenciacsoport történetének narratívájáról (sem). Azaz: az identitás újrakonstruálásakor felhasználnak olyan identitás-elemeket, melyeket a többi HIV-vel élő én-elbeszéléseiben hallottak. Míg egyes esetekben a stigmatizáció szintjei elkülöníthetőnek tűnnek aszerint, hogy a melegeként megélt társadalmi kirekesztésre rakódik rá további rétegeként a HIV-pozitív státusszal járó stigma, addig általánosságban megállapítható, hogy az identitás újrakonstruálása folytán a két stigma szinte összeolvad – ahogy ezt Krisztián (37) is megtapasztalta, s beszámol erről egy már korábban is idézett szövegegyesben:

„*Odamegyek, a főnővérrel kezdek kommunikálni, és azt mondta, ja, maga az az AIDS-es buzi, és, hogy miért nem a László kórházba megyek, és miért oda megyek vissza. Hát azért nem, mert visszarendelt a főorvos. És akkor mondja, hogy megmosakodtam, és tiszta vagyok? Tebát annyira... ő mintha nem lenne tisztában azszal, hogy terjed ez a betegség. És mondjuk, kikértem magamnak azt, hogy van éppen elég problémám azon kívül, hogy beteg vagyok, hogy még a földbe is beledöngöl*” (Krisztián 37)

A következő idézetekben megfigyelhető azoknak az attitűd- és viselkedésformáknak a megjelenése, ami a fent idézett „dupla” stigmától (*layered stigma*) való félelem következményeként értelmezhető. Az egyik a még az LMBT közösségen belül is jellemző rejtőzködés (a pozitív státusz titokban tartása), a másik a szexuális gyakorlat szüneteltetése, sőt, elutasítása a pozitív státusz következtében. Minderről közvetetten számoltak be interjúalanyaink, amikor az óvszerhasználati szokásaikról kérdeztük őket, ahogy ezt az *Óvszerhasználat és biztonságos(abb) szex értelmezések* című alfejezetben bemutattam.

A HIV-negatív (vagy ismeretlen státuszú) melegek részéről megtapasztalt vélt vagy valós diszkrimináció, valamint az elutasítástól való félelem eredményeképpen, HIV-vel élő interjúalanyaink arról számoltak be, hogy kapcsolati hálójuk átrendezésére kényszerültek. HIV-pozitív státuszuk ismertté válását követően az azonos csoport-

hovatarozás (vágya) alapján előnyben kezdték részesíteni a más HIV-vel élőkkel kialakítható kapcsolatokat:

„Most olyan szakasz van az életemben, amikor egy másik HIV-pozitívval érzem jól magam. Bennem ez a megrendült ego most – mert megrendült, hisz összeszedtem egy olyan tulajdonságot, amivel most nagyon népszerűtlen lehetek. Ahogy nem nyerő öregnek lenni, nem nyerő HIV-pozitívna sem lenni. Pár napra rá létesíttem társskereső oldalakon olyan regisztrációt, amin feltüntettem, hogy HIV-pozitív vagyok” (Etele 52).

Meg kell jegyeznünk, hogy ezek a társskereső oldalak anonimak, így nem a HIV-pozitivitás felvállalásáról van szó. S ha szemantikailag is értelmezzük az idézet utolsó mondatát, kiderül, hogy valószínűsíthetően nem arról van szó, hogy előző regisztrációs adatlapja *belyett* létesített egy másikat, hanem mellette: *olyan* regisztrációt.

Kozso (37) arról számol be, hogy egyáltalán nincs szexuális élete, mióta HIV-vel élő: *„Nincs szexuális életem, ezért nem kell [óvszer]”*. A szexuális életre vonatkozó hiányt azonban óvatosan kell értelmeznünk, hiszen a szexuális gyakorlat megléte vagy hiánya nem jelenti önmagában a melegidentitás meglétét vagy hiányát. Ennek ellenére beszélhetünk a melegidentitás meglétéről, hiszen interjúalanyaink kivétel nélkül meglehetősen határozottan meg önmagukat, függetlenül attól, hogy van-e szexuális gyakorlatuk. Azonban például Krisztián (37) azon kijelentése, hogy *„azért mert beteg vagyok, és nem létesíthetek szexuális kapcsolat senkivel [ezért nem tartok magammal óvszert]”*, ismételten utal azokra a szövegrétegekre, melyeket az elbeszélő én kívülről épített be saját én-elbeszélésébe. Ennek magyarázó oka az a félelem is, ami a HIV-vel élőkkel szemben gyakran érezhető: lásd a médiareprezentációkban a promiskuitás és a HIV-pozitív státusz összekapcsolását (Takács 2004:109); s e vádtól való távolságtartás, e vád tagadása jelenik meg abban, hogy az idézett HIV-vel élő interjúalanyok akkor inkább nem is élnek szexuális életet, vagy legalábbis erről számolnak be az interjújukban.

A következő idézet azt példázza, hogy a HIV-pozitivitás megélési folyamatának szerves része a megdöbbenés, a ráeszmélés, a meg nem értettség, majd az abból való feleszmélés, a „csoporthoz tartozás” beazonosítása, s az énkép újrakonstruálása:

„Az embernek ilyenkor megváltozik az értékrendje, és rájön, hogy van egy csomó dolog, aminek nincs semmi jelentősége, és van, ami nagyon fontos, amikor egy ilyen helyzettel állsz szemben, és egy ilyen változással szemben. És nem értette mégse, mi játszódik bennem. Az egyetlen ember, aki megértette, az a volt barátom volt. Ugyanabban a cipőben járt. Nem jól fogadtam. Ezt nem lehet jól fogadni. Nagyon összetörtem, kiborultam. Szép folyamatosan álltam aztán megint talpra. Nagyon rossz passzban voltam. Egész addig, amíg meg nem ismertem a mostani barátomat [aki szintén HIV-pozitív]” (Zsiga 40).

A pozitív státusz ismertté válását megelőzően interjúalanyaink számára az LGBT emberek társadalmi csoportja szolgált az önmeghatározás szempontjából referencia-csoportként. A pozitivitás sokkal erőteljesebb stigmatizáltsága okán azonban a referenciacsoport leszűkül – illetve átcúsúszik – a HIV-vel élőket magába foglaló csoportra, amely egyben preferenciacsoporttá is válik. Azaz: elsődleges viszonyítási alapként a többi HIV-vel élő jelenik meg, a velük való közösségvállalás válik fontossá – még abban az esetben is, amikor esetleg általában véve elhatárolódnak a HIV-vel élőktől, akkor is ez a csoport marad önmeghatározási készletük referenciapontja; még az elhatárolódás is referenciacsoportként való értelmezésüket segíti elő. Másrészt: szükség van „sors-társakra”, „bennfentesekre”, akik megérthetik őket, s ezáltal a HIV-vel élők összessége preferenciacsoporttá is válik. Tematikusan erre akkor utaltak interjúalanyaink, amikor a baráti kapcsolataikról (baráti kapcsolataik összetételéről) kérdeztük őket:

„Most már a HIV-pozitívok vannak többen az ismerőseim között” (Feri 44);

„Döntő többségüket [a barátaimnak] a HIV-pozitivitásuk révén ismertem meg. Nálam a meleg tudatom és a HIV-pozitivitásom között csak egy-két év telt el, és a meleg barátaim döntő többsége is HIV-pozitív” (János 49).

Az én-elbeszéléseket elemezve láthatóvá vált, hogy az elbeszélő én nem pusztán a személyesen megélt tapasztalataiból építkezik. Elemzésünk szempontjából az én-elbeszéléseknek azok a referenciapontjai jelentősek, melyeknek mentén egymás mellett, egymást magyarázva értelmezhetők, vagy egy azonos csoportidentitásra hivatkozva kezelhetők, egy egységes korpusz részeként. Ezeket a referenciapontokat akkor tárhajtuk fel, ha megtaláljuk az interjúk közös szövegjellemzőit. E szövegrészletek lehetnek olyan elemek, melyek leválasztódnak a személyesen megélt sztori(k) elbeszéléséről, s összecsengenek egymással; vagy épp olyan szövegrészletek, melyek a személyesen megélt sztori(k) elbeszélései, ugyanakkor grammatikai, szemantikai hasonlóságokat mutatnak egymással.

Tematikus egységekként ide rendelhetőek a meleg identitással, a pozitív státusz ismertté válása utáni szexuális gyakorlattal és diszkriminációs tapasztalattal, a biztonságos(abb) szexről kialakult percepcióval és a fertőzéshez való viszonyulással – különösképpen a saját megfertőződés köré szövőődő magyarázat-rendszerekkel – kapcsolatos szövegegységek. Grammatikai, szemantikai hasonlóságot mutatnak egymással a saját megfertőződés köré szövőődő magyarázat-rendszerek. Ezekre álljon itt néhány példa:

„Mindig használtam óvszert. A fogínyem állandóan vérzett, úgy is elkaphattam. Mondták is az orvosok. Meg csókolóztam, és neki is hasonló problémája volt” (Gyuri 37).

„Tulajdonképpen azt is tudom, hogy kitől kaptam el. Használtunk gumit, de valószínű, hogy elszakadt a gumi és nem vettük észre. Engem dugtak. Így össze is jött a dolog” (Miki 42).

„Mert ez egy szexpartin volt – védekezni védekeztem, viszont felsértettem a hátam és utána belefeküdtem mindenbe, és tisztában voltam vele, hogy... azt tudtam, hogy a házigazda HIV-pozítív; s úgy gondoltam, hogy a barátai is azok. Tehát ezek után én úgy gondoltam, hogy ez így megtörtént... sperma, vér, váladék, bármi lebetett ott, hiszen hosszú parti volt” (Tomi 30).

„Egy-két hónappal a HIV-teszt előtt volt, amit nem tartok valószínűnek, és ez nem is volt anális, és nem is volt orális szex, hanem inkább ilyen bőrön keresztül, és akkor felsértődött a bőr, és onnan. Volt egy másik eset, amikor volt egy orális szex. Nem is mostam előtte fogat, azt tudom. Nem volt akut seb a számon, habár ki tudja” (Rudolf 29).

A fertőzéssel kapcsolatos emlékek elmesélésekor fontos kiemelni, hogy – miként az a fenti szövegrészekben is megfigyelhető – az elbeszélő miként idegeníti el magától a történeteket, miként igyekszik elhárítani vagy legalábbis csökkenteni saját felelősségét. Erre akkor derül fény, ha a szóhasználatot elemezzük, illetve az egyes mondatokban szereplő igemódoknak szentelünk figyelmet. A feltételes mód használata kódossá változtatja, elhomályosítja a történeteket, megkérdőjelezi az (ön)elbeszélés bizonyosságát. Az elbeszélők felidéznek egy-egy konkrét eseményt, amit a megfertőződésük konkrét időpontjának tartanak, ugyanakkor a megfertőződés tényét mégis elbizonytalanítják. A szóhasználatban megjelenik ez akkor, amikor például a következő kifejezésekkel élnek: „*valószínű*”; „*bármi lebetett*”; „*habár*”.

A saját felelősségtől való távolságtartásra utal az, hogy az elmesélt sztorikban az elbeszélők kiemelik, hogy ők használtak óvszert, vagy nem közösködtek anélkül, és *ennek ellenére* fertőződtek meg, mintegy balesetszerűen. Fent idézett interjúalanyaink nem arról számoltak be, hogy a legvalószínűbb terjedési módon kapták volna el a fertőzést, azaz: óvszer nélküli anális közösülés során, hanem mindegyikük úgy beszéli el saját történetét, hogy ő azon kevesek egyike, aki valamiféle speciális módon fertőződött meg HIV-vel: bőrsérülés, szájsérülés, illetve használt ugyan óvszert a közösülés során, azonban az „*valószínű, hogy elszakadt*”. Azaz: ő nem tagja annak a (felelőtlen) csoportnak, aki óvszer nélkül közösködne anélkül, hiszen ezt a viselkedést ő maga is elítéli, s még ha nem is ítélné el, az interjúhelyzetben mindenképp elítélendőnek szeretné feltüntetni, hiszen az interjúzó feltételezett elvárása a biztonságos(abb) szexre való törekvés megléte. Erre a feltételezett elvárásra találhatunk egyértelmű utalásokat is, amikor az interjúalany visszakérdez, (ön)igazolást vár el az interjúzótól, tulajdonképpen az interjúzó helyeslésére vágyik, hogy ugye megfelelt az elvárásoknak, ugye jól cselekedett-e, ő eleget tett annak, hogy beleilleszkedjen a (feltételezett) normarendszerbe. A biztonságos(abb) szexről szóló interjúrészletbe ágyazva hangzik el például, hogy „*Nincs igazam?*” (Bendegúz 70), illetve a rizikós magatartásformák elutasításával kapcsolatban jegyzi meg egy másik interjúalany: „*De hát ez így van rendjén, nem?*” (Zolcsi 26).

A következő idézetek leválnak a személyesen megélt sztori(k) elbeszéléséről, itt azonban az elbeszélések telítődtek egy tudományos diskurzus, az orvosi szaknyelv elemeivel. Az egyik interjúalany használja is a „nem nagyon értek hozzá” és az „úgy hallottam” kifejezéseket, de mivel nem rendelkezik saját nyelvvel a téma elbeszéléséhez, ezért e kölcsönzött nyelvet kénytelen alkalmazni:

„De hál’ istennek még kezdetleges tünetben vagyok, mert frissen derült ki. Mert a – nem nagyon értek hozzá – a T sejtek, az 29%, a vírusszám meg 618. És úgy hallottam, hogy gyógyszert is csak akkor kell szedni, hogyha eléri a határozott számot ez a vírusszám. Az SD4-et, azt nem tudom, hogy mennyi, a CD4 az 29%. Most voltam januárban szűrésen, ez a doktor úr azt mondta, hogy akár félévente is elég visszamennem szűrésre, de azt mondták, hogy inkább menjek vissza április 27-én” (Zolcsi 26).

„Aztán 5 év múlva kaptam gyógyszert. Főlöszlegesen nem adnak, a vírusszám nagyon sok volt, meg a sejtszám” (Gyuri 37).

„Ott vért vettek, másnapra megmondták a CD4 sejt számom és a százalékat, ami akkor zavaró volt, mert olyan értékek voltak, hogy azzal akár negatív is lehettem volna. Vírus számot csak egy hét múlva mondtak” (Etele 52).

György (30) a fertőzéssel kapcsolatos félelmeit, valamint a pozitivitás feldolgozását a HIV-fertőzés súlyosbodásával kapcsolatos ismereteinek bemutatásával kezdi. Ezáltal félelmeire, illetve ezek feldolgozási kísérleteire részleges pszichológiai magyarázatot is ad:

„Tebát olyan nagyon nem rettegtem tőle [a HIV fertőzéstől], tebát azt tudtam, hogy elkaphatom, mert hogy adtam rá esélyt, meg azt is tudtam, hogy ha elkapom, az nem lesz nagyon jó, de így láttam embereket, akik normális teljes értékű életet élnek HIV fertőzéssel, tebát annyira nem féltem tőle – és azt tudtam, hogy vannak ilyen feldolgozási fázisok: amikor az ember megtudja, vagy amikor elkezdi gyógyszert szedni, ezek az állomások vannak, amiken végig kell jutni és ez be is következett, tebát mondjuk az első időszakban valóban nehezebb volt feldolgozni ezt. De nem volt annyira nehéz, mint mondjuk vártam” (György 30).

A metaszöveg éppúgy részét képezi az elbeszélő individuum én-elbeszélésben megnyilvánuló identitásának, mint a személyes sztoriként megragadható részletek. A Györgytől (30) idézett fenti szövegrészletben megfigyelhető pszichologizálás, az általa ismert pszichológiai ismeretek előadása, s önértelmezésként való felhasználása jelzi a metaszöveg nyomait is. E metaszöveg által meghatározódik egy olyan társadalmi elvárási horizont, ami felől szükségesnek érzik elbeszélni magukat. Az ön-elbeszélés pedig csak úgy lehetséges, ha ezt az elvárt szövegkorpuszt, a szükségesnek tartott „helyes” válaszokat, attitűdöket sajátjukává teszik, inkorporálják.

Az internalizációt és az inkorporációt szükségesnek tartom megkülönböztetni: míg az előbbi esetben egy pszichológiai folyamatról, addig az utóbbi esetben egy nyelvi jelenségről, megtestesülésről beszélünk. Az inkorporációra utalást azért tartom szükségesnek, mert a metaszöveg nyomai nem egyszerűen leválasztható bekezdésekben, egy-egy elkülöníthető gondolati szerkezetben érhetők tetten, hanem valamennyi interjú-szövegben átszövik az én-elbeszélés(ek)e)t. Olykor felfejthető némi bizonytalanság, elidegenedés az elbeszélésekben a metaszöveg-nyomokba ütközve: ezek azok a nyelvileg megragadható (beszéd)aktusok (Austin 1990), ahol feltárulkozik, hogy ez egy elkülöníthető narratív réteg. Egy ilyen elkülöníthető narratív réteg mutatkozik meg a következő szövegrészben:

„...az anális közösülést tartom a legveszélyesebbnek, tehát abhoz mindenképpen használnék óvszert és az orális közösülést, azt pedig veszélyesnek tartom, sokan azt gondolják, hogy nem az. De mondjuk, hogyba váladék kerül az embernek, váladék kerül a nyálkahártyájára, az lebet elővadászik is, akkor már azszal is lebet fertőződni, illetve hogy nagyon sokan mondjuk análisan védekeznek és orálisan pedig abszolút óndó kerül a szájukba és le is nyelik, és nem tudják róla, hogy az mondjuk ugyanolyan fertőző lebet” (György 30).

A referenciacsoport történetét alkotó szövegkorpuszt (főként) a HIV-vel élők alakítják önmagukról. Ez a HIV-vel élők egymásról hallott történet-elemeiből, egymásról alkotott nézeteiből tevődik össze, melyek az én-konstrukció során szervesülnek az én-elbeszélésekben, s meghatározzák a valóságról alkotott képüket, az ahhoz való viszonyukat. Mindebben benne foglaltatik a HIV/AIDS történeti vonulata, halálos kórként való megjelenésétől a vírus felfedezésén át, a különböző kezelési módok megjelenésén keresztül, a HIV-hez való társadalmi viszonyulás, a „rizikócsoportok” beazonosítása, a „rizikócsoportok” stigmatizációja, a pozitívitás stigmatizálódása. A stigma egy olyan meghatározható, körvonalazható „odaértett csoportot” hoz létre, amely bár nem alkot a szó szoros értelmében vett csoportot, mégis kialakít egyfajta csoportidentitást. Az odaértett csoport fogalmát Wolfgang Iser (2001) odaértett olvasó kifejezése analógiájaként használom abban az értelemben, hogy mindig létezik a csoport viszonyítási pontként, akkor is, ha fizikailag nincsenek jelen, sőt akár nem is ismertek a tagjai.

Ez a szövegkorpusz nem az elbeszélő én megélt tapasztalataira, élményeire épül, de szintén átszövi az én-elbeszélést, s az abban kirajzolódó énkép szerves részévé válik. A következő idézetek közül az elsőben a HIV-vel élőkről szóló általánosítás (előítélet?) figyelhető meg; a második pedig a melegekről vélekedik úgy általában, mint akiknek mindenképpen járniuk kell HIV-tesztre – akkor is, ha tartós párkapcsolatban élnek – mert feltehetően rizikós a szexuális magatartásuk, promiszkuisak.

A HIV-vel élőkkel kapcsolatos általánosításra – melyben interjúalanyunk egységes jellemzőkkel ruházta fel az össze HIV-vel élő egyént – álljon itt példaként a Mikitől (42) származó interjúrészlet:

„Ha egy pozitívval vagyok, és rendszeresen ellenőriztetjük magunkat, ugyan be-be-csúszhat valami, de kicsi a valószínűsége, mert jobban figyelnek magukra az emberek. Én is jobban figyelek magamra, ami olyan történik és én nem tartok normálisnak, arra én rögtön odafigyelek. Ha olyannal vagyok, aki nem pozitív, olyanra meg vigyázok. Nagyobb az esélye, hogy én összeszedjek tőlük valamit, mint tőlem kapjanak el bármit is, mert annyira nem vigyáznak. Pozitívoktól kevésbé kell félni azoknak, akik egészségesek” (Miki 42)

Feri1 (34) a melegekkel kapcsolatban általánosít: mindenképpen járniuk kell HIV-tesztre – akkor is, ha tartós párkapcsolatban élnek – mert feltehetően rizikós a szexuális magatartásuk, promiszkuisak:

„Ami még nagyon fontos, hogy legyek tisztában a saját státuszommal, mert sokkal könnyebb úgy fertőzni, hogy nem tudom magamról, hogy pozitív vagyok, mint ha tudom, hogy pozitív vagy negatív vagyok. Az is fontos, hogy eljárjon mindenki rendszeresen tesztre. Féltéve. Igazándiból a tartós párkapcsolatban élőknek sem ártana” (Feri1 34).

Interjúalanyunk a fenti idézetben magától értetődőnek tekinti, hogy a tartós párkapcsolat nem jár együtt a monogámiával, azaz: minden meleg poligám, hovatovább promiszkuis, legalábbis ezzel az előfeltételezéssel kell élnünk, ha biztonságban kívánjuk érezni magunkat. A tartós párkapcsolat ebben az értelmezésben (véltetően) nem monogám: akár nyíltan és felvállaltan nem az, akár a partnerrel szembeni bizalmatlanság mentén (véltetően) nem az. Még ha tartós párkapcsolatban is él valaki, s neki egyetlen szexuális partnere van, akkor sem lehet biztos abban, hogy állandó partnerének is csupán ő az egyetlen szexuális partnere. Így a HIV-státuszát csak akkor ismerheti, ha ő is eljár szűrésre. E megállapításait Feri1 (34) nem személyes tapasztalatokra alapozza, nem saját példákkal él, még csak nem is barátai vagy ismerősei tapasztalatát osztja meg velünk, hanem egy általános *vélekedést* önt szavakba.

Az eddig bemutatott elemzések alapján is megállapítható, hogy az általam vizsgált HIV-vel élő én-elbeszélésekben jól elkülöníthető három narratív réteg: a róluk szóló társadalmi diskurzusként meghatározható metaszöveg, a referenciacsoport történetét alkotó szövegtörzset, valamint a saját tapasztalatként azonosított percepciókból felépülő individuális réteg. E három narratív szint egymásba fonódásával jön létre az én-elbeszélés, a sztori, amely az identitás (újra)építésének nyomaként s egyben megismerésünk tárgyaként jelenik meg.

Az általam említett három narratív szint elkülönítése rámutat arra, hogy a HIV-vel élők stigmatizált csoportként való (ön)értelmezése mennyiben meghatározott a róluk szóló metaszöveg, valamint a (p)referenciacsoport történetét képező szövegkorpusz által, illetve, hogy hol vannak azok a tetten érhető pontok, ahol e narratív rétegek az elbeszéltnél személyes identitásába fonódnak, inkorporálódnak. E szöveghelyek felfedezéséhez a stilisztikai, nyelvi elemzés nyújthat segítséget, ahol a nyelvi megformálódás mikéntje (narratív mód) tárhat fel újabb interpretációs lehetőségeket.

Mint ahogy már említettem, az én-elbeszélések narratív elemzése közelebb visz az elbeszéltnél (re)konstruálódásának megértéséhez. S mivel feltételezzük és elfogadjuk, hogy az elbeszéltnél történetek a megélt történetek lenyomatai, közelebb kerülhetünk a HIV-vel élők megértéséhez is. Ennek társadalmi relevanciáját az adja, hogy megtudjuk: az internalizált stigmák és a stigmatizáló beszédmódok inkorporálása olyan viselkedés- és attitűdmintázatokat eredményez, amely a HIV-vel élők rejtőzködéséhez vezet; a fertőzés szempontjából rizikós magatartást tanúsító egyének pedig a stigmától való félelem miatt rejtőzködnek, éppen ezért nem járnak HIV-szűrésre, nem tájékozódnak arról, hogy hogyan védjék meg magukat a HIV-fertőzéstől. Tehát a megértési folyamat előfeltétele annak, hogy a stigmákat megértve és megszüntetve²⁸ hatékony(abb) társadalmi HIV-prevenációs stratégiát lehessen folytatni.

28 A gadameri nem eminens szövegekre vonatkozó megértés általi megszüntetésre utalva.

ÖSSZEGZÉS

Ismereteim szerint Magyarországon nem született még HIV-vel élő emberekről szóló átfogó kvalitatív tudományos munka, így jelen kötet hozzájárulhat e témának a magyarországi tudományos diskurzusban való megjelenéséhez. A HIV-vel élő emberek speciális – marginalizált, elnémitott, stigmatizált – társadalmi helyzetének következtében társadalomtudományi vizsgálatokra a kvalitatív módszerek, ezen belül is a mélyinterjúkra alapozott narratív technikákat alkalmazó szövegelemzés bizonyult alkalmasnak. A huszonnyolc mélyinterjú szövegelemzése során az alábbi korlátokkal kellett számolnom, és a következő eredményekre jutottam.

AZ ELEMZÉS KORLÁTAI

Jelen elemzésnek több és többféle korláttal kellett számolnia. Ennek egyik fő oka a közösségi alapú mintavétel, mely nem engedi meg, hogy általánosítsuk megállapításainkat, s azokat kiterjesszük a Magyarországon élő HIV-vel élő MSM népességre sem.²⁹ Mind az LMBT-státusz, mind a HIV-pozitív státusz – más, „képlékeny” kategóriákhoz hasonlóan, mint amilyenek például a vallási meggyőződés vagy az etnikai hovatartozás változatai –, hivatalosan nem regisztrált és nem is regisztrálható személyes jellemzők, ezért a lakosságon belüli arányszám mérhetetlen. Így mind az LMBT embereket, mind a HIV-vel élő személyeket statisztikailag megfelelő módon reprezentáló minta létrehozása nagyon problematikus, ha nem lehetetlen feladat. A hálabda módszer használatából adódóan az is feltételezhető, hogy az LMBT közösségi színtereken – melyek egyaránt jelenthettek valós és virtuális tereket: szórakozóhelyeket és levelezőlistákat vagy beszélgető esteket és internetes fórumokat – kevésbé jelenlévő, illetve akár LMBT-mivoltukat, akár HIV-pozitivitásukat fokozottabb mértékben leplező embereket kisebb eséllyel sikerült elérni.

Interjúalanyaink jelentős többsége aktív szereplője egy-egy melegközösségnek és/vagy HIV/AIDS önszolgáltató csoport(ok)nak, így az MSM populáción belül is inkább a tudatosabb szereplőket tudtuk elérni. A másik jelentős korlátozó tényező, amivel számolnunk kell, hogy az interjúzás közben számos érzékeny és bizalmas témát érintettünk – például szexuális gyakorlat, a társadalmi kirekesztődés személyes szintű megéltése stb. –, így gyakran ütköz(het)tünk pszichológiai és érzelmi falakba, melyek egyes esetekben megakadályoz(hat)ták interjúalanyainkat abban, hogy tapasztalataikat szavakba öntsék.

29 Ezek a korlátok a kvalitatív kutatások sajátosságai, de a „mélyfúrások” épp azt teszik lehetővé, hogy olyan eredményekre mutathassunk rá, amelyek a nem-kvalitatív elemzések alapján egyébként rejtve maradnának. Ezek az eredmények jó kiindulópontot nyújthatnak akár a különböző közpolitikák kialakításakor, felhasználva az epidemiológiai statisztikai adatokat.

Azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy egy-egy interjúalany eltérő mértékű önreflexiós szinttel jellemezhető, eltérő szintű a mikroközösségi beágyazottsága, támogató rendszere, így különböző magyarázatokkal is szolgálnak magatartásformáik motivációinak megnevezésekor.

A rendelkezésemre álló minta 28 HIV-vel élő személy beszámolóiból állt össze, melyek – meghatározott kérdésekre koncentrálok – tematikus vizsgálata alapján vonhattam le következtetéseket. A kvalitatív interjúelemzési módszerek szabályszerűségeinek megfelelően vizsgálatom nem egy általános érvényű helyzetjelentés, hanem sokkal inkább – az eddigi nemzetközi kutatási tapasztalatok alapján – „típusnak” tekinthető esetek, attitűdök, viselkedési mintázatok rekonstrukciójának kísérlete.

Mindezen korlátok ellenére jelen kötet hozzájárulhat ahhoz, hogy jobban megértsük a HIV-vel élő emberek társadalmi kirekesztettségének okait, s hogy miként dolgoznak ki stratégiákat arra, hogy elkerüljék a stigmatizációval járó hátrányokat egy stigmatizáló társadalmi közegben.

EREDMÉNYEK

A HIV-vel élő én-elbeszélések narratív elemzése alapján állítható, hogy jelentős részben épülnek fel az én-elbeszélések olyan elemekből, melyeket nem az interjúalanyok fogalmaztak meg, hanem a róluk szóló elbeszélésekből merítettek, s ez hatással van identitásukra. A szövegelemzés alapját képezte, hogy feltételezzük és elfogadjuk, hogy az elbeszélt történetek a megélt történetek lenyomatai, így az interpretáció eredményeképpen közelebb kerülhetünk a HIV-vel élők megértéséhez is.

Az általam vizsgált HIV-vel élő én-elbeszélésekben jól elkülöníthető három narratív réteg: a róluk szóló társadalmi diskurzusként meghatározható metaszóveg, a referenciacsoport történetét alkotó szövegkorpusz, valamint a saját tapasztalatként azonosított percepciókból felépülő individuális réteg. E három narratív szint egymásba fonódásával jön létre az én-elbeszélés, amely az identitás (újra)építésének nyomaként s egyben megismerésünk tárgyaként jelenik meg. E három narratív szint elkülönítése rámutat arra, hogy a HIV-vel élők stigmatizált csoportként való (ön)értelmezése mennyiben meghatározott a róluk szóló metaszóveg, valamint a (p)referenciacsoport történetét képező szövegkorpusz által, illetve, hogy hol vannak azok a tetten érhető pontok, ahol e narratív rétegek az elbeszélt én személyes identitásába fonódnak, inkorporálódnak. E szöveghelyek felfedezéséhez stilisztikai, nyelvi elemzés nyújtott segítséget, ahol a nyelvi megformálódás mikéntjének vizsgálata (narratív mód) mutatott rá újabb eredményekre.

Narratológiai, grammatikai elemzés segítségével, figyelembe véve a medikalizált közeg-egészségügyi, epidemiológiai diskurzust mint kontextust, valamint a heteronormatív, homofób és társadalmi diszkrimináció által sújtott közeget, következtethetünk arra, hogy a HIV-vel élő identitás fenyegetett identitásként jelenik meg. Mind a homoszexualitást, mind a HIV-vel élő létet fenyegetett identitásként közelítettem meg, melynek kialakulásához nagymértékben hozzájárult a homoszexualitás és a HIV-pozitivitás szociális reprezentációja. Vizsgálataim alapján arra a következtetésre jutottam, hogy mind a homoszexualitás, mind a HIV-pozitivitás társadalmi kategóriája identitáskonstruáló erejét főként a homoszexualitás és a HIV-pozitivitás szociális reprezentációjának negatív tartalmaiból nyeri, melyek az érintettek számára identitásfenyegetésként jelentek meg.

Az én-elbeszélések rámutatnak arra, hogy a feltett kérdésekhez képest hol vannak a válaszoló önmeghatározásában fontosnak vélt (p)referenciái. A vizsgált interjúalanyok nem alkotnak a szó klasszikus értelmében vett közösséget, stigmatizációjuk mentén azonban kimutathatóak közös identitásképző elemek, így akár egyazon közösség tagjaiként is értelmezhetőek. A fenyegetett (csoport)identitás veszélyt jelent a HIV-vel élő személyekre nézve, s az identitásfenyegetés okozta titkolózás, rejtőzködés pedig veszélyt jelent a társadalomra.

A stigmatizációra mint társadalmi konstrukcióra; a diszkriminációs tapasztalatokra mint a stigmatizáció manifesztációjára; az interjúkra pedig mint az elbeszélő én által konstruált szövegre, de egyben a valós, megélt élettörténet lenyomatára tekintettem, melyeknek értelmezéséhez narratológiai eszközöket alkalmaztam. Az elbeszélt történeteket olyan nyelvi, verbalizált történésekként azonosítottam, melyek nem csupán egy személyes percepció „termékei”, hanem egyben társadalmi valóságot is konstruálnak.

A főbb témák köré szerveződő szövegegységek elemzése során az alábbi következtetésekre jutottam:

A családi otthonok túlnyomó többségét átható, magától értetődő heteronormativitás sokakban erősíti az elnyomottság érzetét. Több interjúalanyuk a családján belül érzékelt homofóbia miatt nem merte vagy tudta felvállalni sem melegségét, sem HIV-pozitív státuszát: családtagjaik gyakran nem értik vagy nem akarják érteni a helyzetet – amihez vélhetően nagymértékben hozzájárul az is, hogy az elutasító társadalmi környezet az érintetteket jellemzően családtagjaikkal, baráti körükkel együtt stigmatizálja.

Mind a HIV-státusz felfedésével kapcsolatos, mind a melegidentitással kapcsolatos – többnyire negatív – családi tapasztalatok, ténylegesen elszenvedett vagy csak előzetesen elvárt elutasítástól és diszkriminációtól való félelmek azt eredményezik, hogy felérté-

kelődnek más – többnyire baráti – bensőséges viszonyok, azok az emberek lesznek az elsődleges bizalmasok, támogatók és segítők, akik nem a vérszerinti családtagok, hanem a „választott család” tagjai.

A HIV/AIDS kontextus jelentősen befolyásolja a választott család jelenségének megerősödését, mivel sem a vérszerinti családi támogatórendszerek, sem a politikai, állami szervek nem tudnak kielégítően reagálni a HIV/AIDS jelenségre, ezért az LMBT-emberek körében még nagyobb jelentősége van a baráti kapcsolatok által biztosított törődésnek és támogatásnak.

HIV-vel élő interjúalanyaink gyakran nem fedik fel pozitív státuszukat szexuális partnereik előtt, így téves az a (többségi) HIV-negatív előfeltételezés, miszerint ha nem ismerem a partner státuszát, akkor feltételezem, hogy HIV-negatív. Ez a HIV-negatívok esetében kockázatos szexuális magatartásformákhoz is vezethet.

HIV-vel élő interjúalanyaink olykor nem is védekeztek a szexuális aktus során, megosztva a felelősséget HIV-negatív szexuális partnereikkel. Így az a HIV-vel élőkkel kapcsolatos előfeltételezés, miszerint ők mindenképpen megosztják pozitív státuszukat szexuális partnereikkel, bizonyíthatóan hamis, azonban a gyakorlatban elősegíti a HIV-fertőzés terjedését, mivel kockázatos szexuális magatartásformákhoz vezet(het).

Az óvszerhasználati szokásokkal és a biztonságos(abb) szex értelmezésekkel kapcsolatban azokra az eredményekre jutottam, hogy bár a HIV-vel élő interjúalanyok óvszerhasználati szokásai a sűrűbb óvszerhasználat irányába mutatnak pozitív státuszuk ismertté válását követően, ez nem jelenti azt, hogy minden esetben használnának óvszert anális közösülés során. A biztonságos(abb) szex értelmezései nem alkotnak egységes mintázatokat, azok számos hiedelmet és tévinformációt is tartalmaznak, ezért szükség van a társadalom szélesebb rétegeiben is, de célzottan az MSM populációban is további HIV/AIDS prevenciók felvilágosításra.

HIV-vel élő interjúalanyaink identitásának megkonstruálásában döntő szerepet játszik a múltbéli események – elsősorban a kockázatos szexuális magatartásformák gyakorlása – felett hozott morális (olykor inkább moralizáló) ítélet, de egyúttal fel is mentik magukat a felelősség alól. A HIV-fertőzés megszerzését általában fatalista módon közelítik meg: rajtuk kívül álló okokkal magyarázzák.

A kockázatos szexuális magatartásformák mintázatainak feltárásakor nem csupán arra törekedtem, hogy meghatározzam, melyek azok a *cselekedetek*, melyeket az interjúalanyok beszámolóí alapján kockázatosnak minősíthetünk, hanem azt is igyekeztem feltárni,

hogy miként jelennek meg a kockázatos szexuális magatartásformák értelmezései az elbeszélésekben. Azaz: miről számolnak be azzal kapcsolatban, hogy mit *éreznek* kockázatosnak. A kockázatos szexuális magatartásformákkal kapcsolatos percepcióik arra engednek következtetni, hogy nem mutatható ki egységes álláspont a huszonnyolc interjú alapján azzal kapcsolatban, hogy vannak egyértelműen kockázatosként észlelt magatartásformák.

A kockázat észlelésének mértéke jelentős hatással van arra, hogy mik azok a szexuális magatartásformák, amelyekben az érintettek hajlamosak illetve hajlandók részt venni. Az észlelést gátló tényezőket három csoportba soroltam: a nem-tudással kapcsolatos, információhiányból és hiedelmekből fakadó tényezők; a módosított tudatállapottal kapcsolatos tényezők; valamint a környezet által generált figyelemelterelő tényezők. E három észlelést gátló tényező legtöbb esetben együtt jár(hat).

A kockázatos szexuális magatartásformák gyakorlásával kapcsolatban rámutattam arra, hogy a viselkedést jelentős mértékben befolyásolja a tudatmódosító szerek használata, csökkentve a kockázat észlelésének mértékét. Az én-elbeszélésekben azonosítható énkép ennek ellenére két jól elkülöníthető mintázat alapján konstruálódik: interjú-alanyaink egy csoportja belátta, és egyben reflektált is rá, hogy a tudatmódosító szerek használata befolyásolta szexuális magatartásformáit növelve a kockázatok mértékét is viselkedésében, azonban interjúalanyaink egy másik csoportja arra törekedett elbeszélésében, hogy a tudatmódosító szerek használata és a kockázatos szexuális magatartásformák közötti összefüggést elfedje. Az összefüggés elfedésére használt fő eszköz a tudatmódosító szerek viselkedésre gyakorolt hatásának tagadása. Mindemellett azonosítható a kockázatos viselkedés jellemző helyszínéként a szexparti. Így arra következtethetünk, hogy mind a tudatmódosító szerek használata, mind a szexpartikon jellemző kockázatos szexuális magatartásformák előfordulása növeli a HIV-fertőzés terjedésének esélyét.

Interjúalanyaink legtöbbje megnevezett egy-egy konkrét eseményt és időpontot, amikor és ahogyan megfertőződhetett a HIV-vírusával, magyarázat-rendszereket hozzáfűzve megfertőződésük történetéhez. Azonban e magyarázat-rendszerek feltételezésekkel, bizonytalansággal telítettek a történetek illetően, számos esetben arra törekedve, hogy racionális, ámde sorsszerű meglátásba helyezték a megfertőződés eseményeit. Az interjúalanyok egy jelentős csoportja „balesetként” magyarázta HIV-pozitív státuszúvá válását, olyan eseményként, amire ő nem lehetett hatással. Ugyanakkor számos elbeszélés-részlet mutat arra rá, hogy a fátumszerű meglátásba helyezést el-elbizonytalanítja az elbeszélő azzal, hogy egyúttal beszámol kockázatos szexuális magatartásformákról, melyek viselkedését jellemezték. Ebből arra következtettem, hogy nem minden esetben

az azonosítottak vélt esemény – vagy legalábbis nem a történetben megkonstruált formában – a megfertőződés kontextusa. E következtetésemet támasztotta alá a feltárt szövegrétegekben egy-egy elejtett megjegyzés is, ami az óvszer nélküli anális közösülésre utalt, illetve jellemzően egy *másodikként* elmesélt történet, amikor az elbeszélő valószínűsítette, hogy másképp is történhetek a dolgok, mint ahogy azt korábban feltételezte. Jellemző mintázatként azonosítható, hogy mind a megfertőződéshez (feltételezetten) kötődő szexuális aktust, mind az óvszer nélküli anális közösülést rájuk nem jellemző, atipikus magatartásformaként beszélik el.

Arra is rámutattam, hogy a megkérdezett HIV-vel élő meleg férfiak gyakran szenvedtek a társadalmi kirekesztés különböző megnyilvánulásaitól, a szocializáció legfontosabb társadalmi színterein. Amennyiben a diszkriminációs tapasztalatok hiányát fedeztem fel egy-egy interjúalany esetében, az számos esetben abból fakadt, hogy környezetük előtt nem fedték fel HIV-pozitív státuszukat, így az nem is volt képes HIV-vel élőként azonosítani őket. A különbségek ezen kívül a diszkriminációs tapasztalatokkal kapcsolatban inkább a diszkrimináció felismeréséhez kötött készségek korlátozottságának mértékével lehetnek összefüggésben, mint a társadalmi megkülönböztetés hiányával.

A homoszexualitás szociális reprezentációjának identitásfenyegetésként való megközelítést támasztották alá az önmagukat melegként meghatározó HIV-vel élő férfiak saját társadalmi helyzetértékelésére vonatkozó beszámolók, melyek kiegészültek a családi, baráti és munkahelyi környezetben is érvényesülő félelmekre, illetve negatív tapasztalatokra való utalásokkal. Mindebből az derült ki, hogy az önazonosság megjelését és kiteljesítését számukra leginkább a többségi társadalom és a szűkebb értelemben vett „melegközösség” elutasító légköre akadályozta. A társadalmi elutasítás gyökerei a homoszexuális és a heteroszexuális kategóriák merev elkülöníthetőségébe vetett hitben és ezzel összefüggésben a heteroszexuálisokat és a homoszexuálisokat egymástól jól megkülönböztethető – és egyes konkrét szabályok által megkülönböztetett – társadalmi csoportokként kezelő megközelítésig nyúlnak. Ennek az értelmezésnek az érvényessége hangsúlyozódott azok által, akiknek a válaszaik végigvonult a heteroszexualitással ellentétező homoszexualitás fogalmi egységével, illetve a társadalomban élő homoszexualitásként homogenizáltságával kapcsolatos feltételezések megkérdőjelezése. Ennek alapján az mondható, hogy a szexuális tapasztalatok nem önmagukban – nem önmaguktól – válnak identitássteremtő kapacitássá, hanem a hozzájuk tapadó társadalmi jelentésektől. Ugyanezen ellentétezőzés és megkülönböztethetőség érvényes a HIV-pozitív és HIV-negatív státuszú kategóriák mentén is azzal a különbséggel, hogy ebben az esetben a többségi társadalmi elutasítás és kirekesztés kiegészül a HIV-negatív státuszú(nak feltételezett) melegek felől érzékelhető és elszenvedett elutasítással, megbélyegzéssel és kirekesztéssel.

A hátrányosan megkülönböztetett csoporttagsággal összefüggésben szinte a válaszadók mindegyike egyszerre kétféle alapon is hátrányos megkülönböztetéssel sújtott kisebbségi csoport tagjaként azonosította magát: egyrészt melegsége miatt, másrészt HIV-vel élő csoporttagsága révén.

Az elszenvedett diszkrimináció legjellemzőbb színtere az egészségügy. Ez gyakran az egészségügyi dolgozók, elsősorban az orvosok (és orvosi testületek) előítéletességéhez, tájékozatlanságához köthető. Diszkriminációt tapasztaltak emellett a HIV-negatív (vagy ismeretlen HIV-státuszú) „melegközösségen” belül. Míg a „melegközösségben” viszonylag könnyen titkolható a HIV-pozitív státusz – így elkerülhető a diszkrimináció –, addig az egészségügyi rendszerben erre a legtöbb esetben nincsen lehetőség. Levonhatjuk azt a következtetést, hogy mivel a társadalmi szintek közül szinte bármelyikben lehetséges a HIV-pozitív státusz titokban tartása, ez legkevésbé az egészségügyi ellátórendszerben kivitelezhető. Így arra a következtetésre jutottam, hogy az egészségügyben elszenvedett diszkriminációs tapasztalatok nagy mennyisége azzal áll összefüggésben, hogy ez az a társadalmi szint, ahol HIV-vel élőként azonosíthatóvá válnak.

Az elutasító egészségügyi környezet és a korábban tapasztalt stigmatizáció és diszkriminációs tapasztalatok összessége arra ösztönözheti az MSM populáció tagjait, hogy elkerüljék az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét. A homoszexualitás stigmája és a HIV-pozitivitástól való félelem akadályait képezhetik az önkéntes HIV-teszten való részvételnek és a tanácsadó szolgálatok igénybevételének is. Így arra következtettem, hogy a homofóbia, a heteronormativitás és a HIV-stigma akadályokat gördítenek mind a HIV-vel élők társadalmi integrációja elé, mind az elé, hogy az MSM populáció számára célzott HIV-prevenációs stratégiák váljanak kidolgozhatóvá. A HIV-pozitivitás és a homoszexualitás rétegzett stigmája (*layered stigma*), tovább nehezíti a HIV-vel élő meleg és biszexuális emberek megszólítását és elérését. Azaz: a homoszexualitás stigmája és a társadalmi dezintegráltságból fakadó diszkriminációs tapasztalatok azt eredményezhetik, hogy a kockázatos szexuális magatartásformák által veszélyeztetett emberek nem mennek el HIV-tesztre, nincsenek tisztában HIV-pozitív státuszukkal, s ez a HIV-fertőzés további terjedéséhez vezet(het).

Mindebből arra következtettem, hogy az AIDS-stigma mind a HIV-fertőzésnek kitett embereket, mind az egész társadalmat veszélyezteti. A stigma következtében fokozódik a témát övező hallgatás. Mivel félnek, a fertőzésnek kitett emberek nem mennek el HIV-szűrésre, nem szereznek információt a HIV-ről, emiatt nem ismerik meg a rizikó csökkentésének lehetőségeit. Sok ember eltávolítja magától a fertőzés lehetőségét, s nem vesz tudomást saját potenciálisan kockázatos magatartásáról sem az AIDS-stigma miatt. E tagadás bármiféle prevenciók törekvés komoly akadályát jelenti.

Ahhoz, hogy viasszaszoruljon a HIV-fertőzés terjedése, elengedhetetlen, hogy szembe-
nézzünk az AIDS-stigmával és megértsük annak működését.

A HIV-vel élők társadalmi kirekesztettségét és stigmatizációját az *integrációt gátló* tényező-
ként is értelmeztem. A HIV-vel élők társadalmi integrációja csökkent(het)i a kirekesztés
okozta közvetlen és közvetett ártalmakat. Közvetlen ártalomnak elsődlegesen a HIV-vel
élők mentális, pszichikai és fizikai egészségmegőrzésének akadályait látom, valamint a
rejtőzködés, titkolózás okozta kockázatos szexuális magatartásformákat, melyeken
keresztül a továbbfertőzés kockázata is növekszik. Közvetett ártalomnak a HIV/AIDS
téma (el)hallgatását, valamint az ezzel kapcsolatos téves információknak és tévhiteknek
a terjedését és fennmaradását tartom, melyek következtében szintén növekszik a HIV
terjedésének kockázata.

Összességében arra a következtetésre jutottam, hogy a társadalmi kirekesztés és stigma-
tizáció figyelembevétele elengedhetetlen, amikor HIV/AIDS prevenciós stratégiák ki-
dolgozására kerül sor, különös tekintettel az MSM populációt célzóknál. A stigmától
való félelem arra készítet(het)i az embereket, hogy kockázatos szexuális vagy egyéb
magatartásformákat kövessenek, s ez vezethet akár kettős élet megéléséhez is. Tehát
az MSM populációt célzó hatékony HIV/AIDS prevenciós programoknak elsődleges
feladatai közé tartozik, hogy felszámolják a HIV/AIDS-hez és a homoszexualitáshoz
kötődő stigmákat. Ebben a kontextusban a stigmatizáció csökkentése azzal is elősegít-
hető, hogy a különböző HIV-szűrést szolgáltató intézmények és szervezetek a lehető
legtöbb potenciálisan fertőzött vagy fertőzés veszélyének kitett embernek biztosítsák
a szűréshez (és szükség esetén a kezeléshez) való társadalmi megkülönböztetés nélküli
hozzáférést.

A stigmatizáció csökkentése fontos össztársadalmi és közösségi érdek is: jelenleg
Magyarországon még mindig alacsony a fertőzöttségi szint, így időben elkezdhető
azoknak a prevenciós stratégiáknak a kidolgozása és megvalósítása, melyek segítségével
megakadályozható a betegség további térnyerése, s a fertőzöttség a lehetséges leg-
alacsonyabb szinten tartható.

JÖVŐBENI KUTATÁSI IRÁNYOK

Tudomásom szerint jelenleg is készül egy magyarországi társadalomtudományi doktori iskola keretében olyan doktori kutatás, melynek központi témája a HIV-vel élő emberek önségítésének vizsgálata HIV-vel élő „pácienscsoportok” aktív bevonásával, mely kutatási irányt én is igen fontosnak tartom. A HIV-vel élő emberek magyarországi társadalomtudományi vizsgálatának területén azonban még számos résztema és szempont teljesen vagy jórészt feltáratlan.

Érdemes lenne magyarországi HIV-vel élő nem MSM személyekkel is mélyinterjúkat készíteni és azokat a kontextuális narratológia eszköztárának felhasználásával elemezni. A rendelkezésre álló epidemiológiai adatok alapján tudjuk, hogy nem csupán az MSM szexuális kapcsolatok útján növekedett folyamatosan a regisztrált HIV-fertőzéses esetek száma, hanem a heteroszexuális kapcsolatok útján terjedő fertőzősként is évről-évre több eset kerül az egészségügyi ellátórendszer látókörébe (OEK 2011, 2012, 2013, 2015). Bár az intravénás kábítószer-használók köréből csak néhány esetet regisztráltak az elmúlt évek során, a közös tűhasználat következtében terjedő megfertőződések növekedésének megakadályozását is további vizsgálatok segíthetik elő. Ezek a vizsgálatok feltárhatnák, hogy melyek azok a hasonló illetve különböző mintázatok, amik párhuzamba állíthatók a HIV-vel élő MSM interjúk elemzése során kinyert adatokkal.

Továbbá a magyarországi MSM mélyinterjúkat érdemes lenne a közép-kelet-európai régió kontextusában nemzetközi összehasonlító vizsgálatokkal kiegészíteni. Ez egyrészt megerősíthetné, illetve kiegészíthetné a magyarországi vizsgálatok eredményeit, másrészt lehetőséget adna annak feltárására, hogy a környező országokban élő HIV-vel élő MSM személyek kockázatos szexuális magatartásformái, ezek motivációi valamint az ezekkel kapcsolatos percepciók és reflexiók milyen azonos vagy eltérő, mintázatokat mutatnak. Mindezen jövőbeli vizsgálatok hozzájárulhatnának ahhoz, hogy a magyarországi – és nemzetközi – HIV/AIDS helyzetet jobban megismerve, hatékony(abb) HIV/AIDS prevenciók és általános szexuálisegészség-megőrző stratégiák váljanak kidolgozhatóvá itthon és a környező országokban egyaránt.

MAIN FINDINGS

INTRODUCTION

The topic of my analysis is the process of People Living with HIV (PLH) self-(re)construction. Analysing the self-narratives, dismantling the narrative layers I am aiming to identify those elements of identity – in practice: units of text – that emerge as patterns in the self-narratives which constitute the narrative layer responsible for the notion of *group identity* of the story-tellers. Since this layer of text coming “from the outside” is part of a basically stigmatised discourse, the PLH story-teller stigmatises him/herself: *internalises the stigma*. This act of internalisation is crucial since a PLH person is not marked visibly on his/her body, thus cannot be identified as such for the community until he/she reveals it. The cause of a socially unrevealed HIV-positive status person automatically having a stigmatised group identity is the internalisation. The operating stigma stimulates not just the narrators, but HIV-negative society as well to keep it secret, pass it over in silence thus obstructing the emergence of (more) effective HIV-prevention strategies.

METHODS

The corpus of my analysis: in-depth interviews were recorded for an international research programme spanning a nine year period, *HIV Prevention within High-Risk Social Networks – International Social Network Study*. The in-depth interviews originate from Budapest, between April 2007 and June 2012. The PLH MSM (*men having sex with men*) subjects were reached through NGOs and HIV-activists, then a snowball method was used for further recruitment. Additionally, the opportunity of taking part in the research programme was also advertised online and in a gay magazine. After the recorded interviews were transcribed, these texts were added to a code book with structural coding of main topics described by the research and the interviews themselves. The relevant data then became accessible by main and subtopics’ codes. Main topics included relationship characteristics, HIV-infection perceptions, sexual behaviour, involvement in social networks, institutional support, and stigmatisation and discrimination experiences.

As a result of structural coding, major units of texts in reference to the topics evolved from the in-depth interviews, making it possible to carry out a thorough analysis of all topics. The codes helped me to identify those notions in the common units of text, which were articulated similarly by the participants, and also, which could be regarded as

exceptional. Through the qualitative analysis with interactionist focus – concentrating on the mechanisms and patterns of constituting meaning – I tried to understand the interpretative frameworks of the narrators, and their stories experienced through narration. The units of text prepared with structural coding made it also possible for me to use the methodology of constructionist grounded theory, thus not to aim at justifiability but at discovery and deeper understanding.

Regarding the social contexts of these self-narratives – since all twenty-eight of our interviewees identified themselves evidently as gay – I also deal with the majority discourse. This is the reference point to which PLH try to narrate themselves as members of a minority group in a heteronormative, heterosexist milieu. Heterosexism and heteronormativity bear nearly the same content if we consider these as consequences of norms commanding privileges to heterosexuality, and further the manifestations of a cultural imperialism that is characterised by the sole option of being deviant and inferior if not sharing the norms derived from the experiences – proposed as universal – of a dominant majority. Thus the theoretical background of my analysis is the notion of structural oppression by Iris Marion Young (1990).

Through the analyses of self-narratives – regarding them as texts, *and* their relation to meaning – I attempted to dismantle the narrative layers that constitute the individual and group identity in narration. The theoretical framework was thus set up subordinated to this aim. This led me to the freedom offered by contextual narratology that makes it possible to regard narratology as a methodological device for “social benefit”.

In order to dismantle the narrative layers I used the notion of diegetic levels introduced by Genette (1983, 1990) for interpreting stories. Genette identifies three of these layers: i) extradiegetic: this is the level of narration, of the narrator, of that one who is not part of the story just told; ii) diegetic: this is the level of the participants; iii) metadiegetic or hypodiegetic level, when the diegetic narrator tells the story him/herself. All of these three levels are present in the analysed PLH self-narratives.

MAIN RESULTS

1. It can be stated on the grounds of my analysis that the PLH self-narratives contain significant portions that are not composed by the story-tellers themselves but come from the narratives concerning them, and this affects their identity. Three narrative layers could be identified clearly: a social discourse about them as a meta-text, the corpus of text that is constituted by the stories of the reference group, and an individual layer that is built up by the perceptions identified as own experience. These three layers intertwine to make up the self-narrative: that is not just the trace of (re)construction of the identity, but the object of our cognition.

2. Separating these three layers showed the determination how the PLH's self-interpretation as a stigmatised group is depending on the meta-text about them, and also on the corpus of text constituted by the (p)reference group's stories. Further, it also showed those moments where these narrative layers intertwine into the narrated self's personal identity – where they get incorporated. To find these segments – textual loci – stylistic and linguistic analyses were used, where the examination of the linguistic form-giving (narrative mood) produced further results.

3. On the grounds of the narratological, grammatical analyses it can be stated that the PLH identity is a threatened identity (Breakwell 1986), – concerning the medicalised discourse of the health care system and epidemiology as context, and also the heteronormative, homophobic and social discrimination-rive setting. This is also underlined by the social representation of homosexuality and being PLH. I propose the assumption on the grounds of my analysis that the force of constituting identity of the social category of homosexuality and HIV-positivity is gained from the negative contents of homosexuality's and HIV-positivity' social representation, which appear as a threatened identity for the concerned. The threatened (group)identity causes danger to the PLH, and keeping the positive status secret and hiding caused by the identity threat cause danger to society at large.

4. I regarded stigmatisation as a social construction; experiences of discrimination as the manifestation of stigmatisation; and the interviews as texts constructed by the narrative self – and besides, as the trace of a real life-story. For the interpretation I used narratological methods. I identified the told stories as linguistic and verbalised happenings, which are not simply products of a personal perception, but also construct social reality.

5. Analysing the units of texts organised around the main themes from the self-narratives I have found the following results:

i) The evident heteronormativity found in the vast majority of family homes strengthens the feeling of oppression in many persons. Most interviewees did not or could not come out with their gayness or HIV-positive status because of the homophobia experienced in the family: members of the family often do not or will not understand the fact – which is probably underpinned by the phenomenon that the refusing social context stigmatises the concerned not just by themselves but including their families and circles of friends.

ii) Both the negative experiences of revealing homosexual affection and HIV-positivity to family members – fears of either really confronted or just expected rejection – result in valorising mainly friendships and intimate relations. These are those who are

preferably in the confidence of the person, followers and supporters, and not family members by blood, but “chosen family members” (Weston 1997). The HIV/AIDS context significantly strengthens the phenomenon of the “family of choice”, since neither the supporting systems of family by blood, nor the political and state bodies can react satisfyingly to the HIV/AIDS phenomenon, so the care and support offered by friends have a major significance among LGBT people.

iii) HIV-positive interviewees often do not reveal their HIV-status to their sexual partners, thus the (majority) HIV-negative supposition is that ‘if I do not know the partner’s status, then I assume he is HIV-negative’, is incorrect. This could lead to risky sexual practices among (supposedly) PLH.

iv) PLH interviewees sometimes do not practice safer sex, sharing the responsibility with HIV-negative sexual partners. Thus another supposition regarding PLH is incorrect, namely that they undoubtedly reveal their status to their sexual partners, but in practice it facilitates the spreading of HIV-infection, since this also can lead to risky sexual behaviour.

v) Although the tendency for condom use during anal intercourse is characteristically more frequent after knowing their positive status, this does not mean that they would use condoms in all cases of anal intercourse. The interpretations of safer sex show various, inhomogeneous patterns, content misconceptions and false information, thus further HIV/AIDS prevention campaigns are necessary not just in the broader layers of society, but especially among the MSM population.

vi) The moral – or sometimes just moralising – judgement on past events, mainly the practice of risky sexual behaviour, plays a central role in the construction of identity, but at the same time, the subjects absolve themselves of responsibility. Becoming HIV-infected is often approached fatalistically, and explained with reasons outside of their competence.

vii) Their perceptions of forms of risky sexual behaviour can lead us to the conclusion that there is no consensus on how risky sexual behaviour could be perceived. The factors obstructing perception can be listed as follows: connected to a lack of knowledge, caused by a lack of information or misconception; connected to modified states of mind; or factors generated by settings that divert attention. These three causes may in most cases merge into a single cause.

viii) Risky behaviour is highly influenced by drugs use, reducing the efficacy of risk recognition. In spite of this, the self-image identifiable through the self-narratives constitutes itself into two well separable patterns: one group of interviewees have seen the reason, and also reflected on the notion that drug use affected their sexual behaviour in slackening towards acting more riskily. The other group in their narration tended to obscure the connection between drug use and risky sexual behaviour. The general strategy for this was to deny the effect of drugs on their patterns of behaviour.

Additionally, the phenomenon of the sex party can be identified as a characteristic setting for risky behaviour.

ix) Most of our interviewees named a specific event and point in time when and how they could have gotten infected with HIV, adding explanation theories to their stories of becoming infected. But these theories carry assumptions, and are laced with uncertainties about the actual event, and mostly tend towards a rational, but at the same time, fatal way of seeing the event retrospectively. A significant number of interviewees explain their becoming infected as an “accident” – thus an event that could not be influenced. At the same time, the narrator unconsciously reveals that the fatal element is weakened by also describing in numerous parts of the narrative, patterns of risky sexual behaviour, that characterised his own behaviour as well. Thus I have come to the conclusion that it is not necessarily the actual context of infection in every case which is the identified specific event – or at least, not in the very way it is constructed in the narrative. This assumption is further supported by some unintentional hints in the layers of narratives that point to unprotected anal intercourse, even stories told as a *second one* in which the narrator takes it as possible that things could have happened in a different way than he had assumed earlier. It can be stated though that a characteristic pattern is speaking both of the event presumably connected with the infection, as well as unprotected anal intercourse, as uncharacteristic, atypical behaviour of theirs.

x) The interviewed gay men often suffered from manifestations of social exclusion in the most important terrains of socialisation. If I detected the lack of experience of social exclusion in the case of a subject, then this was due to not revealing their HIV-status to their setting, so that they could not be identified as PLH. The further differences between experiences of discrimination may appear as a result of different abilities for recognising discrimination rather than the lack of social differentiation.

xi) The accounts on evaluation of their own social stances of PLH who identify themselves as gay men also underpinned the approach of the social representation of homosexuality as a threat to identity. To these accounts there have been added hints of fears and negative experiences potentially present in family, friendship and workplace contexts. All this pointed to the fact that self-identification is hindered for them mostly by the rejective atmosphere of the majority of society, but by the “gay community” in the narrow sense as well.

xii) The health care system is the most characteristic setting for the discrimination suffered. This can often be connected to the prejudices, and lack of information of the health care workers, primarily doctors and medical corporations. In the “gay community” and other social fields HIV status is easily concealed – so discrimination can be avoided – but in the health care system there is less chance for that. Thus I ended up with the conclusion that a significant amount of discrimination experiences suffered in the health care system is in connection with this setting being that specific one where they become identifiable as PLH.

xiii) The rejective health care context and the earlier experienced stigmatisation and discrimination may result in motivating members of the MSM population to avoid health care services. The stigma of homosexuality and the fear of being HIV-positive may hinder participating in voluntary HIV-testing or resorting to advisory services as well. Thus I came to the conclusion that homophobia, heteronormativity and HIV-stigma are all obstructing both the social integration of PLH and the chance of developing HIV-prevention strategies focusing on the MSM population. The layered stigma of homosexuality and HIV-positivity makes it more difficult to approach and reach gay and bisexual PLH. Thus the stigma of homosexuality and the experiences of discrimination based on lack of social integration may cause people practising risky sexual behaviour, not to attend HIV-tests, not to realise their HIV-positive status, thus resulting in the further spreading of HIV-infection.

6. All this led to the conclusion that the AIDS-stigma threatens both those people who behave in sexually risky ways in the context of HIV-infection and also society at large. The stigma stimulates increasing silence thus negligence. Since they are afraid, people behave sexually in risky ways, do not attend HIV-tests, do not get information on HIV, and thus they do not get to know the skills of how to avoid HIV-infection. Many simply disregard the risk of becoming infected, and do not realise their behaviour is potentially fraught with risk because of the AIDS-stigma. This denial is a serious obstacle to any preventive action. In order to stop HIV-infection spreading it is inevitable to face the AIDS-stigma and understand its mechanisms.

7. The social exclusion and stigmatisation of PLH is regarded by me as a factor *hindering integration*. Social integration of PLH may reduce the direct and indirect harm of seclusion. As for direct harm I see on the one hand the obstacles of mental, psychic and physical well-being of PLH, and on the other the mysterious, hiding attitude of the persons with risky behaviour which results in the risk of further spreading of the infection. As for the indirect harm I would mention the neglect of the HIV/AIDS topic that helps to spread and perpetuate false information and misconceptions, which again result in a higher risk of spreading the virus.

As a last conclusion I state that concern for social exclusion and stigmatisation is inevitable when developing HIV/AIDS prevention strategies focusing on the MSM population. The fear of the stigma may force people to follow risky sexual behaviour patterns, even leading a double life. Thus HIV/AIDS prevention programmes must first deal with eliminating stigmatisation of HIV/AIDS and homosexuality. In this context progress towards this elimination could also be achieved if HIV-testing institutions and organisations would provide access to testing and treatment devoid of discrimination

for the potentially largest number of infected people, and those who behave in sexually risky ways. Eliminating stigma is also an important interest for society at large: until now, registered infection rates are relatively low, so this is the right time to develop and implement prevention strategies that help to stop the further spread of the disease, and ensure that the infection level is kept as low as possible.

HIVATKOZÁSOK

- Adam, B.D., Husbands, W., Murray, J. & Maxwell, J. (2005) AIDS Optimism, Condom Fatigue, or Self-Esteem? Explaining Unsafe Sex Among Gay and Bisexual Men. *The Journal of Sex Research*, 3. 238–248.
- Austin J.L. (1990). *Tetten őr szavak*. Budapest: Akadémiai.
- Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., Takács J., Kuznetsova A.V., DiFrancesco W.J., Mocsonaki L., McAuliffe T.L., Khoursine R.A. & P.Tóth T. (2009). HIV/STD Prevalence, Risk Behavior, and Substance Use Patterns and Predictors in Russian and Hungarian Sociocentric Social Networks of Men Who Have Sex with Men. *AIDS Education and Prevention*, 3. 266–279.
- Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., Takács J., McAuliffe T.L., Kuznetsova A.V., P.Tóth T., Mocsonaki L., DiFrancesco W.J. & Meylakh A. (2015). Effects of a social network HIV/STD prevention intervention for MSM in Russia and Hungary: a randomized controlled trial. *AIDS*, 29:(5) 583–593.
- Amirkhanian, Y.A., Kelly, J.A., Kabakchieva, E., Kirsanova, A.V., Vassileva, S., Takács J., DiFrancesco, W.J., McAuliffe, T.L., Khoursine, R.A. & Mocsonaki L. (2005). A Randomized, Controlled Trial of a Social Network HIV Prevention Intervention with Young Men Who Have Sex with Men In Russia and Bulgaria. *AIDS*, 19. 1897–1905.
- Bal, M. (1999). *Narratology. Introduction to the Theory of Narrative*. Toronto–Buffalo–London: University of Toronto Press. (2. kiadás)
- Barker, M., Langdridge, D. (2010). Whatever happened to non-monogamies? Critical reflections on recent research and theory. *Sexualities*, 6. 748–772.
- Barthes, R. (1996). *A szöveg öröme*. Budapest: Osiris.
- Benjamin, W. (1980). *A műfordító feladata*. In: Angelus Novus. Budapest: Magyar Helikon. 69–86.
- Bereczky T. (2013) The Impatient Patient – A discussion of patient involvement in novel forms of knowledge production – a case study of the European Community Advisory Board on HIV/AIDS. *Sociabn*, Special issue in English 1. 1–21.
- Bernays, S., Rhodes, T. és Terzic, K.J. (2010). „You should be grateful to have medicines”: continued dependence, altering stigma and the HIV treatment experience in Serbia. *AIDS Care*, 22. 14–20.
- Bloom, H. (1994). *The Western Canon*. New York: Riverhead Books.
- Bozicevic, I., Voncina, L., Zigrovic, L., et al. (2009). HIV epidemics among men who have sex with men in central and eastern Europe. *Sexually Transmitted Infections*, 5. 336–342.
- Breakwell, G. (1986) *Coping with Threatened Identities*. London: Methuen & Co.
- Buber, M. (1999). *Én és Te*. Budapest: Európa.
- Carricaburu, D. & Pierret, J. (1995). From Biographical Disruption to Biographical Reinforcement: The Case of HIV-positive Men. *Sociology of Health & Illness*, 1. 65–88.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Chomsky, N. (2003). *Mondattani szerkezetek – Nyelv és elmé*. Budapest: Osiris.
- Cloete, A., Kalichman S.C. & Simbayi, L.C. (2013). *Layered Stigma and HIV/AIDS: Experiences of Men Who Have Sex with Men (MSM) in South Africa*. In: Liamputtong, P. (szerk.) *Stigma, Discrimination and Living with HIV/AIDS*, 259–269.
- Darby, D. (2001). Form and Context: An Essay in the History of Narratology. *Poetics Today*, 4. 829–852.
- Derrida, J. (1991a). *Az el-különböződés*. In: Bacsó B. (szerk.) *Szöveg és interpretáció*. Budapest: Cserépfalvi.
- Derrida, J. (1991b). *Grammatológia*. Budapest-Párizs: Magyar Műhely, Életünk.
- Dombos T., Takács J., Mocsonaki L. & P.Tóth T. (2011). *Az LMBT emberek magyarországi helyzetének rövid áttekintése*. In: Takács J. (szerk.) (2011). *Homofóbia Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan. 35–54.
- ECDC [European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe] (2011). HIV/AIDS surveillance in Europe 2010. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Elérhető: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111129_SUR_Annual_HIV_Report.pdf. [Letöltve: 2012-07-02]
- Eliade, M. (1963). *Myth and Reality*. New York: Harper & Row.

- Eliade, M. (1967). *Myths, Dreams and Mysteries*. New York: Harper & Row.
- EP [European Parliament] (2010) European Parliament resolution on a rights-based approach to the EU's response to HIV/AIDS 2010 July 8.—P7_TA(2010)0284. Elérhető: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+MOTION+B7-2010-0428+0+DOC+PDF+V0//EN&language=EN>. [Letöltve: 2010-08-31]
- Festinger L., Riecken, H.W. & Schachter S. (1956). *When Prophecy Fails*. New York: Harper and Row.
- Fife, B.L. & Wright, E.R. (2000). The Dimensionality of Stigma: A Comparison of Its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer. *Journal of Health and Social Behavior*. 1. 50–67.
- Fish, S. (1980). *Is There a Text in This Class? The Authority of Interpretive Communities*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Flowers, P., Duncan B. & Frankis J. (2000). Community, Responsibility and Culpability: HIV Risk-Management amongst Scottish Gay Men. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 10. 285–300.
- Foucault, M. (1996). *A szexualitás története – A tudás akarása*. Budapest: Atlantisz.
- Foucault, M. (1998). *A diskurzus rendje*. In: Foucault, M. *A fantasztikus könyvtár*. Budapest: Pallas Stúdió – Attraktor Kft. 50–74.
- Foucault, M. (2000). *A szavak és a dolgok*. Budapest: Osiris.
- Fraser, N. (1997). *Justice Interruptus. Critical Reflections on the „Postsocialist” Condition*. New York & London: Routledge.
- Gadamer, H.G. (1984). *Igazság és módszer*. Budapest: Gondolat.
- Genette, G. (1983). *Narrative Discourse: An Essay in Method*. Ithaca: Cornell University Press.
- Genette, G. (1990). *Narrative Discourse Revisited*. Ithaca: Cornell University Press.
- Genette, G. (1996). *Az elbeszélő diskurzus*. In: Thomka B. (szerk.) *Az irodalom elmélete I*. Pécs: Jelenkor. 61–98.
- Genette, G. (2006). *Metalepzis. Az alakzattól a fikciótig*. Budapest: Pesti Kalligram Kft.
- Gerbner, G. (2000). *A média rejtett üzenete*. Budapest: Osiris – MTA–ELITE Kommunikációelméleti Kutatócsoport.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Goodman, L.A. (1961). Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics*. 1. 148–170.
- Goodwin, R., Kozlova, A., Kwiatkowska, A., Nguyen L. et al. (2003). Social Representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine*. 7. 1373–1384.
- Goodwin, R., Kwiatkowska, A., Realo, A., Kozlova, A. et al. (2004). Social Representations of HIV/AIDS in Five Central European and Eastern European Countries: A Multidimensional Analysis. *AIDS Care*. 6. 669–680.
- Gordon, T. (1990). *T. E. T. A tanári hatékonyság fejlesztése*. Budapest: Gondolat.
- Gramsci, A. (1970). *Filozófiai írások*. Budapest: Kossuth.
- Griffin, E. (2001). *Bevezetés a kommunikációelméletbe*. Budapest: Harmat.
- Havlic, D., & Beyrer, C. (2012). The Beginning of the End of AIDS? *The New England Journal of Medicine*, July 18. Elérhető: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1207138>. [Letöltve: 2012-07-21]
- Hekathorn, D.D. (1997). Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems*. 2. 174–199.
- Hekathorn, D.D. (2002). Respondent-Driven Sampling II: Deriving Valid Population Estimates from Chain-Referral Samples of Hidden Populations. *Social Problems*. 1. 11–34.
- Heinen, S. (2009). The Role of Narratology in Narrative Research across the Disciplines. In: Sandra Heinen, S. & Sommer, R. (szerk.) *Narratology in the Age of Cross-Disciplinary Narrative Research*. Berlin – New York: Walter de Gruyter. 193–211.
- Herek, G.M. (1990). *Illness, Stigma, and AIDS*. In: Costa, P.T.Jr. & Vanden Bos, G. R. (szerk.) *Psychological Aspects of Serious Illness: Chronic Conditions, Fatal Diseases, and Clinical Care*. Washington, D.C.: American Psychological Association. 103–150.
- Herek, G.M. (2004). Beyond “Homophobia”: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sexuality Research & Social Policy*. 2. 6–24.

- HIV/AIDS Surveillance in Europe 2008*. European Centre for Disease Prevention and Control, 2009. [Online].
Elérhető: http://ec.europa.eu/health/sti_prevention/docs/ecdc_hiv_aids_surveillance_in_europe_en.pdf.
[Letöltve: 2012-09-02].
- HIV/AIDS Surveillance in Europe 2010*. European Centre for Disease Prevention and Control, 2011. [Online].
Elérhető: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/111129_sur_annual_hiv_report.pdf.
[Letöltve: 2012-09-02].
- HIV/AIDS Surveillance in Europe 2011*. European Centre for Disease Prevention and Control, 2011. [Online].
Elérhető: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20121130-annual-hiv-surveillance-report.pdf>.
[Letöltve: 2013-03-17].
- HIV/AIDS Surveillance in Europe 2014*. European Centre for Disease Prevention and Control, 2011. [Online].
Elérhető: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2014.pdf>.
[Letöltve: 2016-01-28].
- Iser, W. (1997). *A fikciótól a aktusai*. In: Thomka B. (szerk.) *Az irodalom elméletei IV*. Pécs: Jelenkor. 51–83.
- Iser, W. (2001). *A fiktív és az imaginárius*. Budapest: Osiris.
- Jauss, H.R. (1997). *Recepcióelmélet – esztétikai tapasztalat – irodalmi hermeneutika*. Vál. és szerk.: Kulcsár-Szabó Z. Budapest: Osiris.
- Jeannotte, M.S. (2008). *Promoting Social Integration – A Brief Examination of Concepts and Issues*. Előadás. Experts Group Meeting, July 8-10, Helsinki, Finland.
Elérhető: http://www.un.org/esa/socdev/social/meetings/cgm6_social_integration/documents/Jeannotte_Concepts.pdf.
[Letöltve: 2012-08-17].
- Kelly, J.A., Amirkhanian, Y.A., Kabachieva, E., Vassileva, S., McAuliffe, T.L., DiFranco, W.J., et al. (2006). Prevention of HIV and sexually transmitted diseases in high-risk social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 333. 1098–1101.
- Kitahata, M.M. et al. (2009). Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival. *The New England Journal of Medicine*. 360 p. 1815–1826.
Elérhető: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0807252#t=article>. [Letöltve: 2012-09-07].
- Koselleck, R. (2003). *Elmúlt jövő. A történeti idők szemantikája*. Atlantisz, Budapest.
- Kramarac, C. (2005). Muted Group Theory and Communication: Asking Dangerous Questions. *Women & Language*. 2. 55–60.
- Kreiswirth, M. (2000). Merely Telling Stories. Narrative and Knowledge in the Human Sciences. *Poetics Today*. 21. 293–318.
- Kuhn, T. S. (2002). *A tudományos forradalmak szerkezete*. Budapest: Osiris.
- Kushner, T. (1994). Angyalok Amerikában. Fordította: Upor László. *Színház*. 1. Drámamelléklet. o.n.
- László J. (1999). *Társas tudás, elbeszélés, identitás. A társas tudás modern szociálpszichológiai elméletei*. Budapest: Scientia Humana – Kairosz.
- LeCompte, M.D. & Schensul J.J. (1999). *Analyzing and Interpreting Ethnographic Data*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Lee R.S., Kochman A. & Sikkema K.J. (2002). Internalized Stigma Among People Living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior*. 4. 309–319.
- Lévi-Strauss, C. (2001). *Strukturális antropológia*. Budapest: Osiris.
- Likatavicius, G., & van de Laar, M.J. (2010). HIV and AIDS in the European Union, 2009. *Euro Surveill*. 15.
Elérhető: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19737>. [Letöltve: 2012-06-07]
- Link, B.G. (1982). Mental Patient Status, Work, and Income: An Examination of the Effects of a Psychiatric Label. *American Sociological Review*. 47. 202–215.
- Link, B.G. et al. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology*. 92. 1461–1500.
- Link, B.G. et al. (1997). On Stigma and its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*. 38. 177–190.

- Luhmann, N. (2009). *Szociális rendszerek: egy általános elmélet alapvonalai*. Budapest: Gondolat.
- Lyotard, J.-F. (1993). *A posztmodern állapot – Jürgen Habermas, Jean-François Lyotard, Richard Rorty tanulmányai*. Budapest: Századvég.
- MacQueen, K.M., McLellan-Lemal, E., Bartholow, K. & Milstein, B. (2008). *Team-based codebook development: structure, process, and agreement*. In: Guest, G. & MacQueen K.M. (szerk.) *Handbook for Team-based Qualitative Research*. Lanham, MD: AltaMira Press. 119–135.
- McCarthy J.R. & Edwards, R. (2011). *Key Concepts in Family Studies*. London: Sage.
- McCombs, M.E., & Shaw, D.L. (1972). The agenda setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly*. 36. 176–185.
- McIntosh, M. (1968). The Homosexual Role. *Social Problems*. 2. 182–192.
- Mead, G.H. (1973). *A pszichikum, az én és a társadalom*. Budapest: Gondolat.
- Moscovici, S. (1976). *Social Influence and Social Change*. London – New York: Academic Press.
- Novotny, T., Haazen, D., & Adeyi, O. (2003). HIV/AIDS in Southeastern Europe. Case studies from Bulgaria, Croatia, and Romania. Washington, DC: The World Bank.
- OEK [Országos Epidemiológiai Központ] (2011). HIV/AIDS Magyarország. *Epinfo*. 46. 532–536. Elérhető: <http://www.oek.hu/oek.web?to=839&nid=41&pid=11&lang=hun>. [Letöltve: 2011-11-27].
- OEK [Országos Epidemiológiai Központ] (2012). HIV/AIDS Magyarország. *Epinfo*. 28. 333–336. Elérhető: <http://www.oek.hu/oek.web?to=839,1572,1991&nid=41&pid=12&lang=hun>. [Letöltve: 2012-09-02].
- OEK [Országos Epidemiológiai Központ] (2013). HIV/AIDS Magyarország. *Epinfo*. 22. 237–248. Elérhető: <http://www.oek.hu/oek.web?to=,839&nid=41&pid=13&lang=hun>. [Letöltve: 2013-06-04].
- OEK [Országos Epidemiológiai Központ] (2015). HIV/AIDS Magyarország. *Epinfo*. 47. 571–582. Elérhető: <http://oek.hu/oek.web?nid=41&pid=16&to=839&lang=hun>. [Letöltve: 2016-02-01].
- PTóth T. (2011). *HIV-pozitív önmeghatározási stratégiák*. In: Dupcsik Cs., Kovách I., PTóth T. & Takács J. (szerk.) *Nézőpontok – Fiatal kutatók tanulmányai*. Szociológiai Tanulmányok 1. Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet. 24–34. Elérhető: http://www.socio.mta.hu/dynamic/st_soc_1_1.pdf. [Letöltve: 2012-09-02].
- PTóth T. (2012). *A HIV-pozitívok társadalmi integrációs esélyei Magyarországon*. In: Kovách I., Dupcsik Cs., PTóth T. & Takács J. (szerk.) *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon*. Budapest: Argumentum – MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet. 398–411.
- PTóth T. (2015). Szexuális gyakorlatok és biztonság(abb) szex értelmezések HIV-vel élők én-elbeszéléseiben. *Socia.hu Társadalomtudományi Szemle*. 3. 152–177.
- PTóth T. (2016). Család, választott család? HIV-vel élő meleg férfiak tapasztalatai. *Magyar Tudomány*. 2. 188–197.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Pászka I. (2007). *Narratív történetformák*. Szeged: Belvedere.
- Pearce, W.B., & Cronen, V. (1980). *Communication, Action, and Meaning: The Creation of Social Realities*. New York: Praeger.
- Péter M. (1993). *A nyilatkozat mint a nyelvi közlés alapegysége*. In: Keszler Borbála (szerk.) *A mai magyar nyelv*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. 350–362.
- Pléh Cs. & Terestyéni T. (1997). *Jelentés és beszéd: a kommunikáció kutatása a szemantika és a pragmatika határán*. In: Pléh Cs., Sisklaki I. & Terestyéni T. (1997). 7–27.
- Pléh Cs., Sisklaki I. & Terestyéni T. (1997). *Nyelv – kommunikáció – cselekvés*. Budapest: Osiris.
- Plummer, K. (1975). *Sexual Stigma: An Interactionist Account*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Pozitív szemmel (2008). Háttér Társaság a Melegekért. Elérhető: <http://www.batter.hu/kiadvanyaink/pozitiv-szemmel>. [Letöltve: 2012-09-17]
- Race, K. (2014) The Difference Practice Makes: Evidence, Articulation, and Affect in HIV Prevention. *AIDS Education & Prevention*, 3. 256–266.
- Rhodes, T. & Simic, M. (2005). Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*. 331. 220–223.
- Ricoeur, P. & Blamey, K. (1995). *Oneself as Another (Soi-même comme un autre)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ricoeur, P. (1999). *Válogatott irodalomelméleti tanulmányok*. Budapest: Osiris.

- Searle, J.R. (1997a). *Az illúziós aktusok szerkezete*. In: Pléh Cs., Sıklaki I. & Terestyéni T. (1997). 43–61.
- Searle, J.R. (1997b). *Közvetett beszédaktusok*. In: Pléh Cs., Sıklaki I. & Terestyéni T. (1997). 62–81. Social Integration in Action: *Stories from the Grassroots*. (2009). NGO Committee for Social Development, UN. Elérhető: www.unhcr.org/attachments/059_January%2010%20Report%20of%20NGO%20Committee%20on%20Social%20Integration.pdf. [Letöltve: 2012-08-02].
- Soderberg, A.-M. (2003). Sensegiving and Sensemaking in an Integration Process. A Narrative Approach to the Study of an International Acquisition. In: Czarniawska, B. & Gagliardi, P. (szerk.). *Narratives We Organize By*. Amsterdam – Philadelphia: John Benjamins. 3–35.
- Solymár B. & Takács J. (2007). Wrong Bodies and Real Selves – Transsexual People in the Hungarian Social and Health Care System. In: Kuhar, R. & Takács J. (szerk.) *Beyond the Pink Curtain. Everyday Life of LGBT People in Eastern Europe*. Ljubljana: Mirovni Institut. 143–168.
- Sontag, S. (1990). *Az AIDS és metaforái*. Budapest: Európa.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Štulhofer, A., & Sandfort, T. G. M. (2005). *Introduction: Sexuality and Gender in Times of Transition*. In: Štulhofer, A. & Sandfort, T.G.M. (szerk.) *Sexuality and gender in postcommunist Eastern Europe and Russia*. New York: The Haworth Press. 1–25.
- Štulhofer, A., Baćak, V., Božičević, I., & Begovac, J. (2008). HIV-related sexual risk taking among HIV-negative men who have sex with men in Zagreb, Croatia. *AIDS and Behavior*. 3. 502–512.
- Tajfel, H. & Turner, J.C. (1986). *The Social Identity Theory of Inter-group Behavior*. In: Worchel, S. & Austin, L.W. (szerk.) *Psychology of Intergroup Relations*. Chigago: Nelson-Hall. 7–24.
- Tajfel, H., & Turner, J.C. (1979). *An Integrative Theory of Intergroup Conflict*. In: Austin, W.G. & Worchel, S. (szerk.) *The Social Psychology of Intergroup Relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole. 33–47.
- Takács, J. (2004). *Homoszexualitás és társadalom*. Budapest: Új Mandátum.
Elérhető: <http://www.mek.oszk.hu/07000/07076/07076.pdf>. [Letöltve: 2012-09-02].
- Takács J. (2007). *Az egyenlő bánásmód gyakorlatai*. Budapest: Új Mandátum.
- Takács J. (2011a). *Előszó*. In: *Homofóbia Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan. 11–14.
- Takács J. (2011b). *Homofóbia Magyarországon és Európában*. In: *Homofóbia Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan. 15–34.
- Takács J., Amirkhanian, Y.A., Kelly J.A., Kirsanova, A.V., Khoursine, R.A. & Mocsonaki L. (2006). „Condoms Are Reliable but I Am Not”: A Qualitative Analysis of AIDS-Related Beliefs and Attitudes of Young Heterosexual Adults in Budapest, Hungary and St. Petersburg, Russia. *Central European Journal of Public Health*. 1. 59–66.
- Takács J. & Dombos T. (2012). *Az LMBT emberek társadalmi integrációját segítő tényezők Magyarországon*. In: Kovács I., Dupcsik Cs., PTóth T. & Takács J. *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon*. Budapest: Argumentum – MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet. 383–397.
- Takács, J., Dombos T., Mészáros Gy. & PTóth T. (2012). Don't Ask, Don't Tell, Don't Bother: Homophobia and the Heteronorm in Hungary. In: Trappolin, L., Gasparini, A. & Wintemute, R. (szerk.) *Confronting Homophobia in Europe (Social and Legal Perspectives)*. Oxford: Hart Publishing. 79–105.
- Takács, J., Kelly, J.A., PTóth, T., Mocsonaki, L. & Amirkhanian Y. (2013). Effects of Stigmatization on Gay Men Living with HIV/AIDS in a Central-Eastern European Context: A Qualitative Analysis from Hungary. *Sexuality Research and Social Policy*. 1. 24–34.
- Takács J., Mocsonaki L. & PTóth T. (2008). A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek társadalmi kirekesztettségé Magyarországon. *Erdő*. 3. 16–54. Elérhető: <http://www.policy.hu/takacs/pdf-lib/Esely-LMBT-kirekesztes.pdf>. [Letöltve: 2012-09-02].
- Takács J. & Szalma I. (2013a). Az azonos nemű párok általi örökbefogadással kapcsolatos attitűdök Magyarországon. *SOCIO.HU*. 1. 1–33. Elérhető: http://www.socio.hu/7pdf/1takacs_szalma.pdf. [Letöltve: 2013-08-01].
- Takács J. & Szalma I. (2013b). How to Measure Homophobia in an International Comparison? *Druzhboslovne razprave*. 73. 11–42. Elérhető: <http://druzhboslovnerazprave.org/clanek/pdf/2013/73/2/>. [Letöltve: 2013-08-20]
- Timmermans, S. & Haas, S. (2008). Towards a sociology of disease. *Sociology of Health & Illness*. 5. 659–676.

- Trompenaars, F. & Hampden-Turner, C. (1997). *Riding the Waves of Culture: Understanding Cultural Diversity in Business*. London: Nicholas Brealey.
- UNAIDS. (2010). UNAIDS Report on the global AIDS epidemic. Geneva: UN Joint Programme on HIV/AIDS. Elérhető: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf. [Letöltve: 2012-07-08]
- UNRISD. (1994). *Social Integration: Approaches and Issues*. Briefing Paper No. 1. World Summit for Social Development, March. Elérhető: <http://www.scribd.com/doc/56048956/Social-Integration-Approaches-and-Issues-UNRISD-publication-1994>. [Letöltve: 2012-08-04].
- Weston, K. (1997). *Families We Choose: Lesbians, Gays, Kinship*. New York: Columbia University Press.
- WHO (2011). Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress towards Universal Access: Progress Report 2011. Geneva: WHO Press. Elérhető: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf [Letöltve: 2012-07-08]
- Young, I.M. (1990). *Justice and the Politics of Difference*. Princeton: Princeton University Press.

FÜGGELÉK

1. SZÁMÚ MELLÉKLET: AZ INTERJÚK ALAPJÁUL SZOLGÁLÓ KÉRDÉSSOR

Bevezetés – Demográfiai adatok

1. Név (csak választott);
2. Kor;
3. Iskolai végzettség;
4. Foglalkozás;
5. Havi nettó jövedelem
6. Hol él: milyen típusú településen?
7. Kivel él egy háztartásban?
8. Lakás típusa (saját lakás, ház; önkormányzati; magán bérlet; együtt bérelt lakás; albérlő; szülő v. más rokon lakása stb.)
9. Máshol él-e, mint ahol született/nevelkedett?
10. Adott-e pénzt vagy értékes ajándékot szexért?
HA IGEN: Milyen gyakran történik ez? Mikor és hogyan legutóbb?
RÁKÉRDEZNI az óvszerhasználatra a szexmunkással: Szokott-e ragaszkodni az óvszerhasználatához? Vagy a szex-munkás?
11. Adtak-e már neki pénzt vagy értékes ajándékot szexért?
HA IGEN: Milyen gyakran történik ez? Mikor és hogyan legutóbb?
RÁKÉRDEZNI az óvszerhasználatra a klienssel: Mi történik, ha a kliens óvszer nélküli szexet akar?

Baráti kör/ Kapcsolattörténetek

12. Sok barátod van? Kiket nevezel barátaidnak?
13. Milyen a baráti köröd összetétele? (Mennyire vegyes?)
14. Meleg barátaid száma?
15. Honnan ismered a legközelebbi meleg barátaidat?
16. Van-e (volt-e) közülük valamelyikkel szexuális kapcsolatod?
HA IGEN: használtok/használtak óvszert? Miért/nem?
17. Van-e állandó partnered (= „*main partner*”, „*steady partner*”, „*boyfriend*”)?
18. Mi tesz valakit állandó partnerré? (Érzelmi viszony? Szexuális kapcsolat?)
19. Állandó partnerkapcsolat hány volt kb. az életében? Meddig tartott a leghosszabb? És a legrövidebb?
20. Utóbbi 12 hónapban hány ilyen kapcsolata volt?
21. Meséljen a legutóbbiról: hogyan ismerkedtek meg? Meddig tartott? Mennyi idő után gondolta úgy, hogy ez egy tartós kapcsolat? Ez mennyiben hatott a szexuális viselkedésükre, óvszerhasználatra?

Óvszerhasználat

22. Van-e nálad most óvszer? Miért/nem? – És otthon? Miért/nem?
23. Milyen gyakran használsz óvszert?
24. Milyen esetekben használsz óvszert?
25. HA VAN ÁLLANDÓ PARTNERE: (ld. 17. kérdést): vele használ-sz-e óvszert? Miért/nem?
26. HA NINCS ÁLLANDÓ PARTNERE, DE VOLT: vele használt-e? Miért/nem?
27. Ha nincs és nem is volt: Ha lenne barátod/állandó partnered, használná-e? Miért/nem?
28. Mennyi időnek kell elteltie (illetve minek kell történnie) ahhoz, hogy valakit a barátodnak/állandó partnerednek tekints?
29. Hány éves korában volt az első tartós kapcsolata? Meddig tartott?
30. Mikor volt a legutóbbi? Meddig tartott?
31. Legutóbbi kapcsolatod során: mindig használtatok óvszert? Miért/nem?
„Abbahagytuk” válasz esetén: miért? Mennyi idő után?

32. Előfordult-e, hogy az exbaráttal, akivel korábban rendszeresen szexeltél, a szakítás után ismét óvszer nélkül szexeltél? Miért/nem?
33. Előfordult, hogy állandó partnered mellett alkalmi szexuális kapcsolato(k)a)t létesítettél?
- 33.A Ha igen: Miért?
- 33.B Ezekben az esetekben használtál-e óvszert? Miért/nem?
- 33.C Tudott-e ezekről a külső kapcsolatokról a barátod/állandó partnered?
- 33.D Ha igen: van-e valamilyen megállapodásotok ezzel kapcsolatban?
- 33.E Ha nincs ilyen megállapodás köztük: tudsz-e a barátod által folytatott külső szexuális kapcsolatokról?
- 33.F Ha tud ilyenről (vagy sejtí): változott-e a baráttal az óvszerhasználat?
- 33.G Ha változott: hogyan? (FÓKUSZ: be akarta-e/tudta-e vezetni újból az óvszerhasználatot?)
- 33.H Ha nem változott a baráttal az óvszerhasználat: miért nem?

„UAI” (unprotected anal intercourse) – Óvszer nélküli anális szex

34. Legutóbb mikor történt? Hol? Kivel? Miért?
- RÉSZLETES ESETLEÍRÁS: alkalmi partner, új, állandó? Szexelt vele már korábban is? Akkor is óvszer nélkül? Hogyan alakult ki a szexuális kapcsolat ebben a konkrét esetben: terveztek vagy spontán így alakult? Milyen szexuális aktus(ok)ra került sor? Mit érzett, gondolt: eszébe jutottak az esetleges veszélyek? Ivott vagy használt egyéb drogot?

„Safer sex” – Biztonság(abb) szex

35. Mit jelent a számodra a biztonságosabb szex? (Mire való? Mire jó? Jó?)
36. Gyakorlod-e? Miért/nem?
36. A Ha igen: mondja el, pontosan mit csinál?
- (Miből áll a számára a gyakorlatban a biztonságosabb szex?)

HIV/AIDS

37. A Voltál már HIV-szűrésen? Miért/nem?
- 37.B Ha igen: hányszor?
38. A Ismer-e HIV pozitív embereket? Hányat?
- 38.B Ha igen: szexelt-e már valaha HIV pozitív emberrel? Befolyásolta ez a tény/tudás a szexuális viselkedését?
39. Mennyire tartasz a HIV-fertőzéstől? („Kicsit” vagy „nagyon” válaszok esetén rákérdezn: Miért/nem? KIDERÍTENI: működik-e a félelem minimalizálása?)

HIV-pozitivitás személyes tapasztalata

40. Mióta tudod?
41. Hogyan tudtad meg?
41. A Ki tudja még rólad? (szülők, barátok, meleg baráti kör, szexuális partnerek, a barát [ha van])
- 41.B Miért tudják, akik tudják, és miért nem tudják a többiek?
- 41.C Miben segít az, aki tudja?
- 41.D Milyen változással járt a baráti köröd/ben/re a HIV pozitívitásod? (*Social network dynamics after learning about HIV status*)
42. Hogyan lettél HIV+? (Hogyan kapta el? Kitől?)
43. A HIV+ként ért-e társadalmi diszkrimináció (visszaütés, megbélyegzés)?
- 43.B Ha ért: hogyan tudsz ezekkel megküzdni? Hova fordulsz – pl. lelki, jogi, egyéb – segítségért? (*coping strategies*)
44. A Változott-e, s ha igen, hogyan, a szexuális életed miután megtudtad, hogy HIV+?
- 44.B Megmondod szexuális partnere(i)dnek? Miért/nem?
- 44.C Ha van állandó partnere: Milyen a partnered HIV státusza?
- 44.D Amikor elkezdődött a kapcsolatotok, tudtatok-e a másik HIV státuszáról?
- 44.E Ha nem tudtak: hogyan derült ki (ill. hogyan alakult ez)?
45. Identitás: meleg-e?
- Ha igen, mióta melegidentitású? Hogyan derült ki a számára?
46. Ki tud róla? Hogyan fogadta a család? Barátok?
47. Melegséggel kapcsolatos megkülönböztetés érte-e?

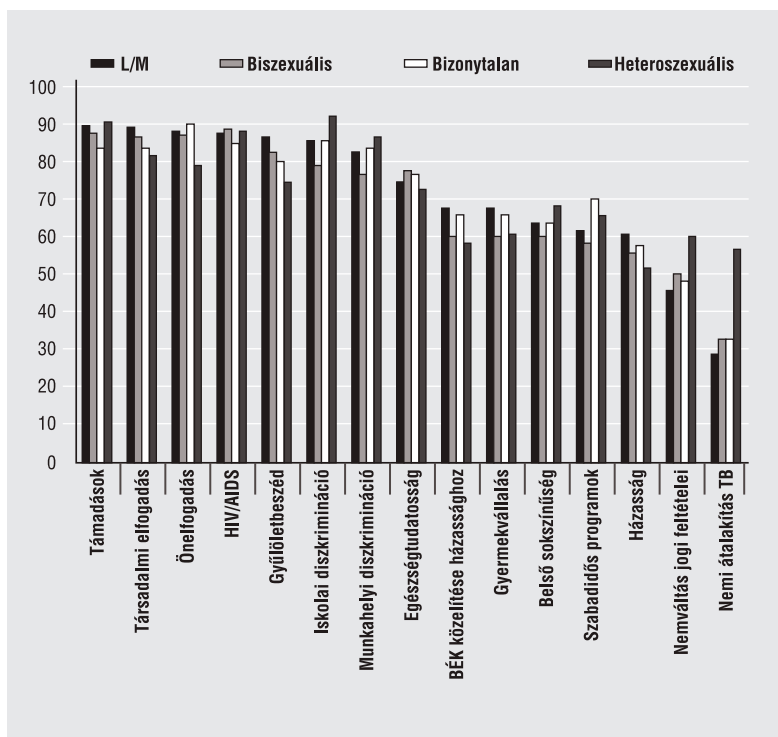
2. számú táblázat: A homoszexualitás „megengedhetősége” 26 európai országban
(1990, 1999, 2008)³⁰ (1 = soha nem megengedhető; 10 = mindig megengedhető)

	1990		1999		2008	
Ország	Átlag	N	Átlag	N	Átlag	N
Ausztria	3,27	1416	5,21	1457	5,42	1430
Belgium	3,75	2595	5,25	1858	5,83	1490
Bulgária	1,77	985	2,66	896	2,78	1313
Csehország	3,76	2077	5,50	1829	4,85	1694
Dánia	4,69	994	6,59	964	7,25	1478
Észtország	2,00	989	3,02	879	2,30	1453
Finnország	4,40	560	5,20	997	6,67	1058
Franciaország	3,92	958	5,20	1506	5,65	1465
Hollandia	7,33	995	7,83	999	7,53	1521
Izland	5,45	665	7,19	1066	8,34	785
Írország	3,15	969	4,20	941	5,20	930
Lengyelország	1,85	946	2,84	1020	2,86	1433
Lettország	1,80	894	1,90	933	2,41	1415
Litvánia	1,35	961	1,86	1909	1,95	1356
Magyarország	2,71	967	1,44	1545	3,19	1471
Málta	1,77	350	2,55	1002	3,87	1298
Nagy-Britannia ³¹	3,42	1433	5,06	980	5,40	1511
Németország	4,27	3125	5,34	1886	5,69	1999
Norvégia	4,14	1190	–	–	7,18	1071
Olaszország	3,86	1925	4,83	908	3,79	1391
Portugália	2,18	1151	3,36	942	3,68	1391
Románia	1,52	1080	1,91	1052	2,10	1413
Spanyolország	3,59	2539	5,51	1113	6,01	1415
Svédország	4,53	998	7,72	978	7,76	1047
Szlovákia	3,11	1037	4,92	1185	4,79	1317
Szlovénia	3,08	938	4,62	968	3,91	1325

Forrás: Takács-Szalma 2013a:17.

³⁰ A táblázat csak azokat az európai országokat tünteti fel, amelyek az első hullám felvételében is részt vettek.
³¹ Észak-Írország nélkül. Az észak-ír adatok: 1990-ben 2,42 (N=298), 1999-ben 3,9 (N=904), 2008-ban 4,3 (N=469).

4. ábra: LGBT prioritások szexuális irányultság szerint



Forrás: Takács-Dombos 2012:386.

4. számú táblázat: LGBT prioritás-sorrendek szexuális irányultság szerint

Leszbikus/Meleg	(%)	Biszexuális	(%)	Bizonytalan	(%)	Heteroszexuális	(%)
1. Támadások	90	1. HIV/AIDS	88	1. Önellfogadás	90	1. Iskolai diszkrimináció	92
2. Társadalmi elfogadás	89	2-3. Támadások	87	2-3. Iskolai diszkrimináció	85	2. Támadások	91
3. Önellfogadás	88	2-3. Önellfogadás	87	2-3. Társadalmi elfogadás	85	3. Munkahelyi diszkrimináció	87
4. HIV/AIDS	87	4. Társadalmi elfogadás	86	4-5-6. Munkahelyi diszkrimináció	84	4. HIV/AIDS	87
5. Gyűlöletbeszéd	86	5. Gyűlöletbeszéd	82	4-5-6. Támadások	84	5. Társadalmi elfogadás	82
6. Iskolai diszkrimináció	85	6-7. Iskolai diszkrimináció	79	4-5-6. HIV/AIDS	84	6. Önellfogadás	78
7. Munkahelyi diszkrimináció	83	6-7. Egészségtudatosság	79	7. Gyűlöletbeszéd	80	7-8. Gyűlöletbeszéd	74
8. Egészségtudatosság	75	8. Munkahelyi diszkrimináció	77	8. Egészségtudatosság	78	7-8. Egészségtudatosság	74
9-10. B.É.K. ³² – házasság	68	9-10. B.É.K. – házasság	61	9. Szabadidős programok	70	9. Nemváltás jogi feltételek	70
9-10. Gyermekvállalás	68	9-10. Belső sokszínűség	61	10. B.É.K. – házasság	65	10. Belső sokszínűség	68
11. Belső sokszínűség	65	11. Gyermekvállalás	60	11. Belső sokszínűség	65	11. Gyermekvállalás	61
12. Szabadidős programok	61	12. Szabadidős programok	59	12. Gyermekvállalás	64	12. Nemi átalakítás TB	57
13. Házasság	60	13. Házasság	56	13. Házasság	59	13. Szabadidős programok	56
14. Nemváltás jogi feltételek	46	14. Nemváltás jogi feltételek	50	14. Nemváltás jogi feltételek	48	14. Házasság	52
15. Nemi átalakítás TB	29	15. Nemi átalakítás TB	34	15. Nemi átalakítás TB	34	15. B.É.K. – házasság	48

Forrás: Takács–Dombos 2012:386-387.

32 Bejegyzett élettársi kapcsolat.

5. számú táblázat: Leszbikus és meleg prioritás-sorrendek

Prioritások	L/M (%)	L/M nő (%)	L/M férfi (%)	L/M egyéb (%)
Támadások	1) 90	1) 93	1) 89	1-2) 96
Társadalmi elfogadás	2) 89	3-4) 90	2-3) 88	3-4-5) 93
Önellfogadás	3) 88	3-4) 90	4) 87	7-8) 85
HIV/AIDS	4) 87	8) 85	2-3) 88	6) 89
Gyűlöletbeszéd	5) 86	6) 88	5) 85	3-4-5) 93
Iskolai diszkrimináció	6) 85	2) 91	6) 83	1-2) 96
Munkahelyi diszkrimináció	7) 83	5) 89	7) 80	3-4-5) 93
Egészségtudatosság	8) 75	12-13) 69	8) 77	7-8) 85
BÉK közelítése házassághoz	9-10) 68	9) 78	9) 63	13-14) 70
Gyermekvállalás	9-10) 68	7) 87	11) 59	11-12) 74
Sokszínűség	11) 65	10-11) 72	10) 62	10) 75
Szabadidős programok	12) 61	12-13) 69	12) 57	9) 76
Házasság	13) 60	10-11) 72	13) 54	11-12) 74
Nemváltás jogi feltételei	14) 46	14) 57	14) 40	13-14) 70
Nemi átalakítás TB	15) 29	15) 36	15) 25	15) 52

Forrás: Takács–Dombos 2012:388

P.Tóth Tamás

2004-ben szerzett magyar nyelv és irodalom szakon bölcész és tanár, valamint kommunikáció szakos bölcész kitüntetéses minősítésű diplomát (KRE BTK). Ugyanebben az évben megszerezte az *International Standards for Universities of Professional Education in Communication* minősítést (Hollandia, Christelijke Hogeschool te Ede).

2014-ben szerzett Ph.D. fokozatot, summa cum laude minősítéssel az ELTE BTK Filozófiatudományi Doktori Iskola Film-, Média és Kultúraelméleti Doktori Program keretében.

2007-től a Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Kutatóintézetének tudományos segédmunkatársa, majd 2014-től munkatársa.

2011-től a *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle* szerkesztője, 2015-től főszerkesztője.

8 tudományos folyóiratcikk, 6 könyvfejezet szerzője, valamint 3 tanulmánykötet szerkesztője.

Főbb kutatási területei az esélyegyenlőség, egyenlő bánásmód, szexuális kisebbségek és LMBTIQ emberek társadalmi kirekesztettsége, homofóbia, HIV/AIDS prevenció, munka és család egyensúlya, a homoszexualitás társadalomtörténete, narratív identitás.

„Nekem nem volt bajom ezzel az AIDS-szel kapcsolatban, mert amikor ezt az egész AIDS dolgot bedobták a köz tudatba, a '80-as években, nagyon otromba módon tették. Ez csak a melegeket érinti, azon belül is csak a férfiakat. Teljesen negatívan állították be, morális kérdésként kezelték. Akkor ezt a korosztályomban senket sem vette komolyan vagy alig. Igazából azt hittem, hogy tiszták a partnereim és akkor nem is lehet semmi baj.”